

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

PANAMÁ

INICIATIVA SALUD MESOAMÉRICA 2015

(PN-G1001)

PROPUESTA DE FINANCIAMIENTO NO REEMBOLSABLE

Este documento fue preparado por el equipo de proyecto integrado por: Frederico Guanais de Aguiar (SCL/SPH), Jefe de Equipo; Leonardo Pinzón (SCL/SPH); Ana Pérez Expósito (SCL/SPH); Diana Pinto (SCL/SPH); Karina Díaz (PDP/CPN); Juan Carlos Dugand (PDP/CPN); Irene Cartín (SCL/SPH); Sheyla Silveira (SCL/SPH); Alejandro de la Torre (CID/CPN); Omar Martínez (LEG/SGO); Danilo Fernández (consultor); e Irma Arteaga (consultora).

De conformidad con la Política de Acceso a Información, el presente documento está sujeto a divulgación pública.

ÍNDICE

RESUMEN DEL PROYECTO

I.	DESCRIPCIÓN Y MONITOREO DE RESULTADOS.....	2
A.	Antecedentes, problemas y justificación	2
B.	Objetivos, componentes y costo	7
C.	Indicadores clave de la matriz de resultados	12
II.	ESTRUCTURA DEL FINANCIAMIENTO Y RIESGOS	13
A.	Instrumentos del financiamiento.....	13
B.	Riesgos ambientales y sociales de las salvaguardias	13
C.	Riesgos fiduciarios.....	13
D.	Otros riesgos	13
III.	IMPLEMENTACIÓN Y PLAN DE ACCIÓN.....	14
A.	Resumen de los arreglos para la implementación.....	14
B.	Resumen de las medidas para el monitoreo de los resultados	15

Anexos	
Anexo I	Resumen Matriz de Efectividad en el Desarrollo (DEM)
Anexo II	Matriz de Resultados
Anexo III	Acuerdos y Requisitos Fiduciarios
Anexo IV	Marco de Desempeño

Enlaces Electrónicos	
OBLIGATORIOS	
1.	POA (Plan de actividades para el primer desembolso y los primeros 18 meses de implementación) http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36361292
2.	Plan de Seguimiento y Evaluación http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36361299
OPCIONALES	
1.	Descripción del programa y esquema de implementación y gestión http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36362304
2.	Análisis de focalización http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36361707
3.	Costos detallados de la operación http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36361724
4.	Análisis económico ex ante http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36391552
5.	Taller de Riesgos del Proyecto http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36361750
6.	Enfoque de Cuidados Obstétricos y Neonatales para Panamá (CONE) http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36361694
7.	Plan de Adquisiciones http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36361675
8.	<i>Safeguard and Screening Form and Classification of Projects (SSF)</i> http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36360886

Enlaces Electrónicos

OPCIONALES

Estudios Paquete de Evidencias de País

1. Estudio de brechas de políticas, normas y protocolos
<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36361857>
2. Estudio de barreras de oferta y demanda
<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36361850>
3. Estudio de pertinencia cultural
<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36361834>
4. Estudio de costos - Iniciativa SM2015 en Panamá
<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36361863>

ABREVIATURAS

AIN-C	Atención Integral de la Niñez en la Comunidad
AL	Aporte Local
ATE	Auditoría Técnica Externa
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
COONAPIP	Coordinadora Nacional de Pueblos Indígenas en Panamá
CONE	Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales
CPP	Cartera de Prestaciones Priorizadas
DRS	Direcciones Regionales de Salud
EEC	Estrategia de Extensión de Cobertura
ENASSER	Encuesta Nacional de Salud Reproductiva
ENV	Encuesta de Niveles de Vida
GI	Giras Institucionales
GOP	Gobierno de Panamá
GRP	Gestión de Riesgo de Proyectos
LNS	<i>Lipid-Based Nutrient Supplement</i>
MHF	Fondo Mesoamericano de Salud (<i>Mesoamerican Health Facility</i>)
MINSA	Ministerio de Salud
MO	Manual de Operaciones
NV	Nacidos Vivos
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OE	Organizaciones Extraintitucionales
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAISS+N	Paquete de Atención Integral de Servicios de Salud fortalecido con AIN-C
PF	Planificación Familiar
PIB	Producto Interno Bruto
PMR	Informe de Progreso de Monitoreo, según sus siglas en inglés
PPB	Padrón de Población Beneficiaria
RO	Reglamento Operativo
SM2015	Salud Mesoamérica 2015
SRO	Sales de Rehidratación Oral
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
TD	Tramo de Desempeño
TI	Tramo de Inversión
UBAs	Unidad Básica de Atención
UGAF	Unidad de Gestión Administrativa y Financiera
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

RESUMEN DEL PROYECTO
PANAMÁ
INICIATIVA SALUD MESOAMÉRICA 2015 (PN-G1001)

Términos y Condiciones Financieras				
Beneficiario: República de Panamá			No reembolsable	
Organismo Ejecutor: Ministerio de Salud (MINSa)			Plazo de Desembolso	18 meses ¹
Fuente	Monto	%		
Tramo de Inversión (TI) - MHF	1.142.857	31		
Aporte Local (AL)	1.714.286	46		
Subtotal inversión (TI+AL)	2.857.143	77		
Tramo de Desempeño (TD) MHF	857.143	23		
TOTAL (TI+TD+AL)	3.714.286	100	Moneda:	US Dólares
Esquema del Proyecto				
<p>Objetivo del programa y del primer proyecto: El objetivo es mejorar el acceso, cobertura, uso y calidad de los servicios de salud materna, reproductiva, neonatal e infantil en las comarcas indígenas de Kuna Yala y Emberá-Wounaan. A través del conjunto de intervenciones planteadas se espera contribuir a la reducción de la mortalidad materna, neonatal e infantil y la reducción de la desnutrición crónica. El Programa es parte de la iniciativa Salud Mesoamérica 2015 (SM2015) que fue aprobada por el Directorio Ejecutivo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) el 9 de septiembre de 2009. Este documento presenta para aprobación la primera Operación Individual.</p> <p>Condiciones contractuales especiales del Tramo de Inversión:</p> <p>Condiciones previas al primer desembolso de los recursos del financiamiento: (i) presentación, por parte del beneficiario y a satisfacción del Banco, de evidencia que ha aprobado y puesto en vigencia el Manual de Operaciones (MO) del programa; y (ii) ha contratado la auditoría financiera y la Auditoría Técnica Externa (ATE) del programa. (ver ¶3.5)</p> <p>Ejecución: Las condiciones establecidas en el RO SM2015 y; a efecto de las condiciones establecidas en los literales b. y c. párrafo 1.27 del Anexo I del RO de SM2015, el MINSa remitirá anualmente, hasta dos (2) años después del desembolso del TD, el reporte de gasto del MINSa que identifique los recursos correspondientes al TD. Adicionalmente, remitirá anualmente, hasta dos (2) años después de la fecha de terminación del convenio de financiamiento reembolsable, el reporte del gasto ejecutado en el primer y segundo nivel de atención. (ver ¶3.5)</p> <p>Condiciones contractuales del TD: El desembolso del TD está sujeto a que se alcance el puntaje mínimo pactado con el Beneficiario para el cumplimiento de las metas establecidas en el Marco de Desempeño para la primera operación individual (Anexo IV).</p> <p>Adquisiciones: Las adquisiciones de bienes y servicios, y la contratación de consultores correspondientes al TI se realizarán de conformidad con las políticas del Banco (GN-2349-9 y GN-2350-9). El TD se desembolsará una vez se alcance el puntaje mínimo indicado sin revisión de las adquisiciones de bienes y servicios y contratación de consultores.</p> <p>Aspectos especiales: Sin perjuicio de que en el RO SM2015 la aplicación del sistema de semáforo prevé tres operaciones individuales bajo cada Programa, este Programa comprende solo dos operaciones individuales. El Beneficiario contratará directamente la firma encargada de la auditoría técnica, siempre que la misma haya prestado servicios similares en el Contrato de Préstamo 7587-PA del Banco Mundial. De igual forma, el Beneficiario podrá contratar directamente la firma encargada de la auditoría financiera, siempre que está haya sido la encargada de esa función en el Contrato de Préstamo 2563/OC-PN.</p> <p>Excepciones a las políticas del Banco: Ninguna</p> <p>El proyecto es coherente con la Estrategia de País: Si [x] No []</p> <p>El proyecto como: SEQ [x] PTI [x] Sector [x] Geográfica [] % de beneficiarios []</p>				

¹ Contados a partir de la fecha en que el Banco declare que la Contribución es elegible para desembolsos.

I. DESCRIPCIÓN Y MONITOREO DE RESULTADOS

A. Antecedentes, problemas y justificación

- 1.1 **Situación de salud.** Entre 2004 y 2009, Panamá registró un promedio anual de crecimiento en el Producto Interno Bruto (PIB) de 8,1%, creciendo incluso durante la crisis mundial de 2008². La esperanza de vida aumentó de 74,8 a 75,7 años, y entre el 2003 y el 2008 el nivel de pobreza en el país se redujo de 36,8% a 32,4%³. Estos indicadores macroeconómicos ponen a Panamá entre los países con mayor crecimiento en la región, lo cual se esperaría ver reflejado en el estado de salud de la población. Los rezagos se explican en parte por las inequidades en el acceso a intervenciones básicas de salud pública así como al uso reducido y la baja calidad de los servicios de salud.
- 1.2 **Resultados en salud materno-infantil.** En relación con la salud materna, desde 1990 y hasta el 2007, la tasa de mortalidad materna en el país se ha incrementado⁴ de 53,4 a 59,4 muertes por cien mil Nacidos Vivos (NV), muy superior a la meta para 2015 establecida en el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) de 13,4 muertes por cien mil NV⁵. En las comarcas indígenas⁶, la mortalidad es aun más elevada, alcanzando en el año 2006, en la Comarca Kuna Yala, en la provincia de Darién y la Comarca Ngäbe Buglé, cifras de 584,8, 292,7, y 376,4 muertes maternas por cien mil nacidos respectivamente, es decir 10 veces la tasa nacional para el caso de Kuna Yala. Explican este escenario las condiciones de difícil acceso, la baja capacidad de resolución de los establecimientos de salud y la falta de atención de partos por personal calificado en comunidades pobres e indígenas, así como la existencia de barreras geográficas, culturales y económicas en la utilización de los servicios. La mayoría de las muertes maternas obedecen a causas obstétricas directas, que son el resultado de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, y en segundo lugar a causas indirectas vinculadas a enfermedades existentes antes de la gestación o de alguna enfermedad que evolucionó durante el embarazo⁷.
- 1.3 En Panamá, el porcentaje de uso de métodos de planificación familiar a nivel nacional alcanza al 53% de la población, por el contrario solamente el 40% de la población perteneciente al quintil de ingresos más bajo utiliza los métodos modernos, siendo éste un porcentaje mucho menor en las comunidades indígenas (27,5%)⁸. En las comarcas indígenas los jóvenes del grupo de 15 a 19 años están considerados como adultos y un alto porcentaje inicia su vida reproductiva antes

² World Bank (2011). *World Development Indicators*.

³ Fuente de datos: Encuesta de Niveles de Vida (ENV) 2008.

⁴ Tendencia contraria a la de la mayoría de los países de la región donde ha habido una reducción anual de aproximadamente 4%. Hogan, MC et al. (2010).

⁵ ODM, III Informe de Panamá, 2009.

⁶ La población indígena panameña representa el 10% de la población total y está compuesta por los siguientes grupos: Kuna, Emberá Wuonaan, Ngäbe -Buglé, Bri Bri, Teribe y Bokota.

⁷ En 2007, 69% de las muertes maternas se presentó por causas obstétricas directas y el 14% por indirectas.

⁸ Fuente de datos: ENV 2008.

de los 20 años⁹. La edad media para ser madre por primera vez entre la población indígena es de 18 años¹⁰. A pesar del alto porcentaje de mujeres que recibió atención prenatal a nivel nacional (89,5%), sólo el 64% de la población indígena recibe atención prenatal por parte de un médico y sólo el 36% de las mujeres embarazadas indígenas tienen la primera visita prenatal antes del cuarto mes de gestación. Por otro lado, son evidentes las disparidades a nivel de las provincias y las comarcas indígenas en el acceso al parto institucional, donde únicamente la mitad de las mujeres indígenas embarazadas dan a luz en un establecimiento de salud y sólo el 44% de ellas recibe asistencia de personal médico durante el parto frente al porcentaje registrado a nivel nacional de 82% y 86% respectivamente¹¹.

- 1.4 En cuanto a la mortalidad infantil, no obstante los logros obtenidos por Panamá, estos todavía son insuficientes. Entre 1990 y 2007, la tasa de mortalidad infantil se redujo de 18,9 a 14,7 muertes por cada mil nacimientos, pero esto aún está lejos de la meta asociada al cuarto ODM de 6,3 muertes por mil NV para el año 2015¹². Adicionalmente, se mantienen las desigualdades, ya que datos del 2009 muestran que en comarcas indígenas la tasa de mortalidad infantil es de 20,3 muertes por mil NV, mientras que el promedio nacional en el mismo año es de 12,2 muertes por mil NV¹³. Muchas de estas muertes son prevenibles; entre las 992 muertes de niños menores de un año en 2007, el 36% fueron por causas perinatales, es decir, entre el séptimo mes de embarazo y la primera semana de vida después del nacimiento¹⁴.
- 1.5 **Tendencias en el estado de nutrición en los últimos 15 años.** Las desigualdades en la salud de los niños(as) en Panamá están presentes desde el nacimiento y persisten durante toda la infancia. La mayor prevalencia de desnutrición crónica¹⁵ se presenta en poblaciones indígenas, alcanzando el 62% para niños(as) menores de 5 años; tres veces la prevalencia nacional (19,1%)¹⁶. La prevalencia de desnutrición crónica en las comunidades indígenas de Panamá no solamente es extremadamente elevada, sino que ha aumentando en los últimos años, fenómeno contrario a lo observado en la tendencia mundial. La alimentación inadecuada durante los primeros meses de vida parece ser la causa directa de la desnutrición infantil, tanto por el limitado contenido nutricional como por el potencial impacto de estas prácticas en el aumento en la exposición de los niños a patógenos.
- 1.6 **Sistema de salud y limitaciones en la atención en salud.** Persisten brechas en la disponibilidad de los servicios preventivos en el primer y segundo nivel de

⁹ En la última Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (ENASSER), casi un tercio de las adolescentes indígenas de 15–19 años estaban embarazadas o tenían un niño/a en el momento de la encuesta.

¹⁰ ENASSER, 2009.

¹¹ Fuente de datos: ENV 2008.

¹² ODM, III Informe de Panamá, 2009.

¹³ Instituto Nacional de Estadística y Censo (2009).

¹⁴ ODM, III Informe de Panamá, 2009.

¹⁵ La desnutrición crónica se define como déficit en la talla esperada para la edad, de acuerdo a las curvas de crecimiento publicadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006).

¹⁶ ENV 2008.

atención y la limitada calidad y capacidad resolutive para la atención del parto y de emergencias obstétricas y neonatales en comunidades indígenas.

- 1.7 Estructura y capacidad de los servicios de salud¹⁷. En el caso de las áreas indígenas, existen barreras de acceso a los servicios y no está configurada una red de servicios dirigida a la atención del parto institucional y a las emergencias obstétricas y neonatales. La Comarca Kuna Yala tiene dos hospitales de segundo nivel y en la Comarca Emberá-Wounaan sólo existen puestos de salud en los que la mayoría no cuenta con personal calificado y donde llegan los equipos móviles a realizar giras comunitarias. La población de la Comarca Emberá utiliza algunos de los centros de salud y tres hospitales de segundo nivel ubicados en el Darién; y la población Ngäbe Buglé tiene acceso a alguno de los hospitales de Chiriquí, Veraguas o Bocas del Toro, dependiendo de su ubicación¹⁸.
- 1.8 Recursos humanos, insumos y equipamiento. La falta de incentivos y una distribución adecuada de los profesionales de salud que estén dispuestos a trabajar en áreas desfavorecidas, es un problema que se agudiza en países pequeños de ingreso medio como Panamá. La provincia de Panamá concentra cerca del 60% del personal calificado en salud de todo el país. La falta de insumos (suplementos nutricionales y medicamentos) es identificada como una de las barreras más importantes para la prestación de servicios de calidad¹⁹. Las distancias y dificultades de acceso son uno de los desafíos más grandes para el sistema de salud, lo que destaca la importancia de las prácticas gerenciales para la logística y la eficiencia de la cadena de abastecimiento.
- 1.9 **Acciones del Gobierno Nacional**. Los esfuerzos realizados por el Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud (MINSa), se han enfocado en intervenciones para atender la problemática de salud en comunidades indígenas a través de la Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC), la cual llegó a tener un modelo de financiamiento combinado de pago per cápita y por desempeño a los proveedores, creando incentivos para aumentar la eficiencia en la entrega de servicios de atención primaria en salud. La EEC establece la provisión de una Cartera de Prestaciones Priorizada (CPP) o Paquete de Atención Integral de Servicios de Salud fortalecido con Atención Integral de la Niñez en la Comunidad (AIN-C), denominado PAISS+N, dirigido a comarcas indígenas. Este conjunto de servicios en salud es prestado bajo la modalidad itinerante por Organizaciones Extrainstitucionales (OE)²⁰ y por profesionales de salud contratados por las Direcciones Regionales de Salud (DRS) del MINSa en la forma de Giras

¹⁷ La oferta pública de servicios de salud está compuesta principalmente por instalaciones del MINSa. En el primer nivel de atención se ofrecen servicios básicos de promoción, prevención y atención esencial provistos por puestos, subcentros, centros y los servicios itinerantes de salud, que se ubican en áreas de baja densidad de población y de difícil acceso. Esta oferta de salud del primer nivel se unifica bajo el concepto de Unidad Básicas de Atención (UBA) de la red fija e itinerante. En el segundo nivel, se encuentran los centros de salud con capacidad de atender partos, los policentros de salud y los hospitales rurales, que deben contar con personal especializado y equipo de mayor complejidad ubicados en su mayoría en las cabeceras de provincias. El tercer nivel de atención consiste de las instalaciones de mayor capacidad resolutive en el país que ofrecen servicios en medicina especializada.

¹⁸ Programa Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2010.

¹⁹ Estudio de Barreras a la Oferta y Demanda de Servicios de Salud, Ward, 2011.

²⁰ Las OE son organizaciones de la sociedad civil legalmente establecidas en un país miembro del Banco.

Institucionales (GI). A finales de julio del 2010, la EEC con PAISS+N llegó a englobar 170.326 personas registradas en el Padrón de Población Beneficiaria (PPB) en áreas comarcales, pero de éstas solamente 78.349 (46%) efectivamente recibieron algún tipo de servicio. Respecto a los beneficiarios efectivamente atendidos, según datos administrativos, 43.140 niños menores de 5 años recibieron intervenciones de AIN-C, y 74% de las mujeres embarazadas registradas recibieron tres o más controles prenatales y postnatales.

- 1.10 **Focalización de las intervenciones.** Se aplicó el criterio de pobreza con el objeto de priorizar las provincias, distritos, corregimientos y comarcas para intervenir. Las Comarcas de Kuna Yala, Emberá y Ngäbe Buglé son las más pobres sin diferencias estadísticas significativas entre ellas. Por este motivo, también se analizaron las necesidades de salud entre estas tres regiones, y se encontró que la magnitud de las necesidades son similares. Por lo tanto, la decisión final para la selección geográfica de las áreas beneficiarias de los recursos de la Iniciativa, tuvo que incluir un análisis adicional, comparando las zonas que se beneficiarían de una combinación integral de intervenciones, teniendo en cuenta la curva de restricción presupuestaria establecida para el proyecto. Como resultado, se optó por la intervención en las comarcas de Kuna Yala y Emberá-Wounaan²¹.
- 1.11 **Racionalidad del programa.** La alta tasa de mortalidad materna en las regiones indígenas, que alcanza 584,8 muertes por cien mil NV en la Comarca Kuna Yala, es un importante trazador de la falta de atención adecuada al embarazo, parto y post-parto. Por lo tanto, el primer eje del programa reforzará la oferta de servicios de salud materno-infantil en el primer y segundo nivel de atención, con el objetivo de aumentar la cobertura de parto institucional²² a través de la implementación de estrategias para la reducción de las barreras geográficas, económicas, culturales y para la búsqueda de atención y el mejoramiento de la calidad de los servicios a lo largo del ciclo reproductivo; preconcepción, embarazo, parto, post-parto, puerperio y atención del recién nacido. Las principales acciones para reducir cada una de las barreras identificadas son²³: a. barreras geográficas: (i) la implementación de la estrategia de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE) a través de la reorganización y adecuación de servicios de salud para aumentar la capacidad resolutive en áreas de difícil acceso; y (ii) adecuación de casas maternas; b. barreras económicas: (i) financiamiento de transporte para la atención de emergencias obstétricas y neonatales; y (ii) esquemas de incentivos a las mujeres embarazadas para la atención prenatal, el parto institucional, la atención post-parto y del recién nacido; c. barreras culturales: (i) creación de espacios interculturales de atención²⁴; (ii) estrategia de comunicación dirigida a tomadores de decisiones y agentes de cambio; y (iii) creación de capacidades de los proveedores de salud para la atención de poblaciones indígenas; d. calidad de

²¹ Ver los enlaces de [focalización](#) y [análisis económico ex ante](#) para más detalles sobre este proceso.

²² En la literatura internacional de salud pública predomina la recomendación de utilización de partos institucionales como medida para evitar la mortalidad materna (Campbell, O. M., et al., 2006).

²³ Ver la teoría del cambio detallada en el Plan de Implementación y Gestión adjunto a esta propuesta.

²⁴ La evidencia confirma la importancia de la adaptación de los servicios para incrementar el uso de partos institucionales en grupos tradicionales (Gabrysch, S. et al., 2009; De Broa, S., 2005).

los servicios: (i) creación de capacidades clínicas y de gestión; (ii) ampliación de la cartera de servicios de salud materna; (iii) fortalecimiento de la cadena de abastecimiento; (iv) fortalecimiento de convenios de gestión y esquemas de pago por desempeño a nivel comunitario; y (v) incentivos a la permanencia de personal calificado en las áreas focalizadas. Mediante el fortalecimiento de la cartera de servicios de atención primaria y la alineación de incentivos que deberá resultar en mayor disponibilidad y calidad, se espera generar la demanda adicional para la utilización de servicios de salud²⁵.

- 1.12 La elevada prevalencia de desnutrición crónica²⁶ en las comunidades indígenas de Panamá, y dado que el retardo en crecimiento no ha disminuido sino aumentado, hacen de éste un problema de salud pública grave que requiere de una atención que garantice el derecho de los individuos a una alimentación adecuada, permitiendo el desarrollo de sus capacidades y el posterior desarrollo económico y social. La operación de la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015 (SM2015) en Panamá implementará, como un segundo eje, una estrategia integral de atención a la desnutrición dirigida a mujeres embarazadas y niños menores de 2 años que habitan en las comarcas indígenas de Kuna Yala y Emberá. La Iniciativa propone acciones de probada efectividad en todos los niveles determinantes de la desnutrición. Se implementarán acciones dirigidas a mejorar las prácticas de alimentación mediante la implementación de la estrategia AIN-C en los servicios fijos, estandarizando los mensajes y las mediciones antropométricas, reorganizando los servicios y estableciendo lineamientos de monitoreo y supervisión. Se establecerán esquemas de incentivos a las monitoras del AIN-C para mejorar la calidad de la consejería en nutrición.
- 1.13 Para complementar las acciones dirigidas a mejorar las prácticas de alimentación en los niños pequeños, se fortalecerá la distribución de suplementos nutricionales y se implementarán intervenciones de probada efectividad para el control de infecciones. Tomando en cuenta que el impacto en crecimiento del suplemento distribuido actualmente (Nutricrema) en la prevención de la desnutrición crónica no ha sido demostrado y la existencia de suplementos que han tenido resultados prometedores en la prevención de la desnutrición crónica, se evaluará el efecto en el crecimiento del uso de *Lipid-Based Nutrient Supplements* (LNS)²⁷ en comparación con el producto actualmente distribuido. El control de infecciones se realizará mediante estrategias comunitarias del mejoramiento de la calidad del agua, la inclusión del zinc como parte del tratamiento de la diarrea en niños y la distribución de tratamiento para parásitos en los niños de 12 a 59 meses. Estas estrategias dirigidas a mejorar los determinantes inmediatos y subyacentes de la desnutrición, serán complementadas con los incentivos a la demanda y la

²⁵ La percepción de la calidad de los servicios ha sido comprobada como una de las más importantes determinantes en el nivel de utilización (Duong et al, 2004).

²⁶ La desnutrición crónica infantil ha sido asociada con resultados futuros adversos tales como déficits cognitivos, mayor propensión a la obesidad y factor de riesgo para enfermedades crónicas. (Maurer, J. 2010; Kimani-Murage, E.W., et al. 2010).

²⁷ Por ejemplo, la literatura sugiere que suplementos con micronutrientes sobre una base de lípidos, puede tener mayores impactos sobre el retraso de talla por edad (Adu-Afarwuah, S. et al., 2007).

disponibilidad de mayores recursos para el consumo provisto por el programa Red de Oportunidades, y por los cambios en la política de suplementación con micronutrientes.

- 1.14 **Diálogo de Políticas.** El desarrollo de la Iniciativa SM2015 en Panamá representa una oportunidad para acompañar al MINSA y a la sociedad civil en el avance de la agenda de políticas de salud prioritarias para el mejoramiento del estado de salud materno-infantil y el estado de nutrición de las poblaciones más desfavorecidas del país. Específicamente, la propuesta del diálogo de políticas incluye: (i) integración del modelo de prestación de servicios y apoyo al MINSA en la reorganización de la red de atención del primer y segundo nivel²⁸; (ii) definición de una estrategia de atención integral para atender la desnutrición teniendo en cuenta que Panamá es el único país de la región donde la desnutrición crónica se ha incrementado, llegando a cifras de hasta 80% en algunas comarcas indígenas; y (iii) alternativas para una mayor asignación del gasto público en salud de manera sostenible para todas las comarcas indígenas.
- 1.15 **Relación con la estrategia del país en el sector y del Banco.** El Plan Estratégico de Gobierno 2010-2014 contempla un eje de inclusión social que tiene las siguientes metas: (i) la reducción de la desnutrición; (ii) la ampliación de la cobertura y calidad de servicios básicos de salud con énfasis en atención primaria; y (iii) el fortalecimiento de la red hospitalaria. El programa está enmarcado en la Estrategia Institucional del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), incluida en el Informe sobre el Noveno Aumento General de Recursos²⁹ y está alineada con la Estrategia para una política social favorable a la igualdad y la productividad. A través de la Estrategia de País 2010-2014, el BID busca apoyar al Gobierno de Panamá (GOP) en sus esfuerzos para reducir las brechas de salud en las áreas rurales y comarcas indígenas³⁰. El Programa de Mejoramiento de la Equidad y Fortalecimiento de los Servicios de Salud (PN-L1068), cuyo objetivo es mejorar la equidad en salud a través del incremento en el acceso, uso y calidad de los servicios de salud en comarcas indígenas, será complementario a las acciones del presente proyecto teniendo en cuenta que las acciones directas que realizará para mejorar la oferta de servicios en la red fija e itinerante en comarcas indígenas y sus áreas de influencia.

B. Objetivos, componentes y costo

- 1.16 El objetivo del programa y del primer proyecto es mejorar el acceso, cobertura, uso y calidad de los servicios de salud y nutrición materna, reproductiva, neonatal e infantil en las comarcas indígenas de Kuna Yala y Emberá-Wuonaan. A través

²⁸ La integración de la red fija y la red itinerante será completada con la adecuación de Puestos de Salud a Centros de Salud para la atención del parto no complicado 24 horas, los 7 días de la semana.

²⁹ Esta estrategia prioriza el financiamiento para la reducción de la pobreza y el aumento de la equidad. Apoya el alcance de las metas regionales de desarrollo para la reducción de la tasa de mortalidad materna y de lactantes, el desarrollo de protocolos de salud preventiva.

³⁰ Esta operación es totalmente consistente con el objetivo estratégico de reducción de las brechas de salud en las comarcas indígenas y en las comunidades rurales y con los tres resultados esperados de reducción de la mortalidad materna e infantil y reducción de la desnutrición crónica.

del conjunto de intervenciones planteadas se espera contribuir a la reducción de la mortalidad materna, neonatal e infantil y a la desnutrición crónica.

- 1.17 **Componente 1. Ampliación y fortalecimiento de la CPP en salud materno-infantil (US\$742.857).** El objetivo de este componente es mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud en el primer y segundo nivel de atención dirigidos a mujeres en edad fértil y a niños menores de 5 años, a través del financiamiento de intervenciones costo-efectivas que fortalezcan la provisión existente de las CPP en las Unidades Básicas de Atención (UBAs), de la red fija e itinerante. Específicamente, se financiarán intervenciones dirigidas a aumentar la cobertura y calidad de los servicios de Planificación Familiar (PF), de la atención durante el embarazo, parto, post-parto y del recién nacido, así como de los servicios de nutrición, los cuales serán integrados al primer nivel de atención (red fija e itinerante). De igual forma, se financiarán acciones para reducir el riesgo de enfermedades diarreicas a través del mejoramiento de la calidad del agua a nivel del hogar y la comunidad.
- 1.18 **Subcomponente 1.1. Fortalecimiento de la cadena de abastecimiento de métodos de planificación familiar.** Se financiarán las siguientes intervenciones: (i) adquisición de métodos modernos de planificación familiar para las áreas focalizadas; y (ii) adquisición de bienes, servicios diferentes de consultoría y gastos asociados a la realización de actividades de capacitación para la creación de capacidades dirigidas a la implementación de un modelo de gestión del abastecimiento de métodos modernos de planificación familiar a nivel regional, a través de las DRS y las UBAs de la red fija e itinerante. Con los recursos de Aporte Local se financiará el diseño e implementación de un modelo de consejería en planificación familiar que aborde la pertinencia cultural, con enfoque de género y diferenciada para adolescentes^{31 32}.
- 1.19 **Subcomponente 1.2. Fortalecimiento de la atención durante el embarazo, parto, post-parto y del recién nacido con enfoque intercultural.** Se aumentará la cantidad y calidad de los controles prenatales a nivel comunitario, financiando la adquisición de: (i) pruebas rápidas para la detección del embarazo y de los insumos necesarios para la provisión de controles prenatales de adecuada calidad y de acuerdo con la norma de atención; (ii) equipos de laboratorio para las UBAs de la red fija e itinerante para la realización de los exámenes requeridos durante el embarazo (Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), sífilis, factor RH, hemoglobina, proteinuria y glicemia). Se financiará asistencia técnica para la implementación del plan de parto como parte de la atención prenatal en los servicios fijos e itinerantes.

³¹ La consejería en planificación familiar diferenciada para adolescentes junto con los subsidios de educación (matrícula y asistencia escolar) establecidos en la Red de Oportunidades para menores de 17 años, son estrategias que se reforzarán para la reducción de la prevalencia de embarazo adolescente.

³² Se buscarán sinergias con otras iniciativas en Salud Sexual y Reproductiva (SSR) que se estén aplicando a nivel de Comarcas, como la Estrategia Unificadora de Criterios y Procedimientos de Actuación en temas de Promoción de la SSR para la Población Kuna, con enfoque intercultural y el Plan de Salud para los Pueblos Indígenas de Panamá, elaborado entre OPS y el Ministerio de Salud.

- 1.20 Con el objeto de aumentar la cobertura del parto institucional y la calidad de la atención durante el parto no complicado, la del recién nacido y el manejo de las emergencias obstétricas y neonatales, se financiará la implementación de la estrategia CONE en sus tres tipos (primario, básico y esencial), a través de asistencia técnica para la readecuación de la oferta y la reorganización de las redes de servicios del primer y segundo nivel, incluyendo financiamiento para la reconversión, adecuación³³ y equipamiento de puestos, subcentros y centros de salud y hospitales rurales y la adquisición de insumos sanitarios para la atención del parto; considerando acceso geográfico y la población beneficiaria.
- 1.21 **Subcomponente 1.3. Ampliación de los servicios de nutrición y su integración al primer nivel de atención.** Se financiará asistencia técnica y servicios para: (i) la ampliación de la intervención AIN-C en áreas colindantes o para la población que llega a la red fija; (ii) creación de capacidades del personal comunitario e institucional de salud de la red fija e itinerante para mejorar y estandarizar la consejería en nutrición³⁴, la estandarización de medidas antropométricas y los protocolos para el manejo y referencia de los casos de desnutrición severa aguda en las UBAs de la red fija e itinerante; (iii) el establecimiento de los lineamientos y reportes de supervisión para las UBAs y para las monitoras, así como el reforzamiento de su vínculo con la UBAs; (iv) la actualización de normas y protocolos de suplementación con micronutrientes en niños; (v) el fortalecimiento de la cadena de abastecimiento de suplementos nutricionales; (vi) el diseño y la validación de la consejería en nutrición (consumo de suplementos de hierro y ácido fólico y preparación para la lactancia materna) dentro de la atención prenatal; (vii) la inclusión del zinc para el tratamiento de la diarrea en niños menores de 5 años (inclusión del protocolo en la norma de atención); (viii) realización de un estudio cualitativo sobre las actitudes, aptitudes y prácticas relacionadas con el manejo de la diarrea y la posterior definición de mensajes educativos clave para mejorar las prácticas durante el tratamiento; e (ix) incorporación de los mensajes para el tratamiento de la diarrea en la consejería de nutrición provista a nivel comunitario (AIN-C). Se financiará la adquisición de: (i) suplementos nutricionales para las comunidades asignadas a la evaluación; (ii) el zinc para el tratamiento de la diarrea; y (iii) desparasitantes para el tratamiento preventivo semestral de niños de 12 a 59 meses de edad.
- 1.22 **Subcomponente 1.4. Mejoramiento de la calidad del agua a nivel del hogar y de la comunidad.** El objetivo es prevenir la desnutrición infantil a través de la prevención de enfermedades diarreicas en niños, mediante el mejoramiento de la calidad del agua a nivel comunitario y del hogar. Se financiará una estrategia para mejorar la calidad del agua a nivel del hogar que incluye: (i) estudio y análisis de los mecanismos y medios de abastecimiento de agua para las familias y de las posibles fuentes de contaminación a nivel comunitario y del hogar; y (ii) el desarrollo de un plan comunitario con acciones específicas de capacitación y adquisición de insumos para el mejoramiento de la calidad del agua a corto y

³³ El Manual Operativo (MO) incluirá estándares de calidad, gestión ambiental, y seguridad laboral.

³⁴ Principalmente lactancia materna exclusiva y prácticas adecuadas de alimentación complementaria.

largo plazo, las cuales podrían incluir estrategias de cloración en puntos de uso, manejo de desechos, mejoramiento de las prácticas higiénicas y de manejo de alimentos, entre otros³⁵.

- 1.23 **Componente 2. Aumento de la demanda de servicios de salud materno-infantil (US\$290.000).** El objetivo de este componente es reducir las barreras económicas, sociales y culturales que limitan el acceso y la utilización de los servicios de salud materno-infantil. Se implementarán: (i) mecanismos comunitarios que promuevan un cambio de comportamiento para la búsqueda oportuna de atención y un aumento en la demanda de los servicios de salud; (ii) estrategias para aumentar la demanda de parto institucional y la atención postparto, del recién nacido y de las complicaciones obstétricas y neonatales; y (iii) esquemas de incentivos para la inducción de la demanda de servicios materno-infantil.
- 1.24 **Subcomponente 2.1. Estrategias para promover el cambio de comportamiento frente a la demanda de servicios de salud materno-infantil.** Se financiará el desarrollo de una estrategia de comunicación³⁶ que favorezca el cambio de actitudes, prácticas y comportamientos, y permita un aumento en la demanda de servicios de salud y la búsqueda oportuna de los mismos. Esta estrategia de comunicación y cambio de comportamiento se desarrollará con base en un análisis de redes sociales diseñado para la identificación de los tomadores de decisiones a nivel familiar y comunitario, los procesos de toma de decisiones en materia de salud, y la identificación de los canales de influencia.
- 1.25 Los principales mensajes a incluir en la estrategia de comunicación son la identificación de señales de peligro para la búsqueda de servicios de salud materno-infantil, la utilización de métodos modernos de planificación familiar, la importancia de la atención prenatal, post-natal y del recién nacido, la atención institucional del parto, la promoción de la lactancia materna exclusiva, las prácticas adecuadas de alimentación complementaria y el uso del zinc y de las Sales de Rehidratación Oral (SRO) para el tratamiento de la diarrea en niños. Los mensajes se traducirán al idioma de las comunidades focalizadas con pertinencia de género y por grupo de edades (niños, adolescentes y adultos, así como el trabajo con redes de hombres y mujeres).
- 1.26 **Subcomponente 2.2. Mecanismos para el aumento de la demanda del parto institucional.** El objetivo de este subcomponente es implementar mecanismos que permitan aumentar la demanda de atención del parto a nivel institucional y garantizar el traslado oportuno ante situaciones de emergencia que presente la embarazada, la puérpera y el neonato.
- 1.27 Implementación del plan de parto. Se proporcionará asistencia técnica para el desarrollo del Plan de Parto desde el nivel comunitario que incluya: (i) el tipo de

³⁵ El MINSA cuenta con una Dirección del Subsector de Agua Potable y Alcantarillado Sanitario, y es responsable de las acciones sobre la calidad del agua, en zonas rurales y comarcas indígenas.

³⁶ Dada la alta tasa de analfabetismo, se desarrollarán videos y *spots* radiales realizados por las propias comunidades.

- parto que desea la mujer ³⁷; (ii) los registros de los controles prenatales; (iii) los tomadores de decisión para el parto institucional; (iv) el reconocimiento de signos de alarma; (v) los medios para salir de la comunidad (medio de transporte) sea programado o por una emergencia; (vi) el tiempo de viaje; (vii) el acompañante, etc. y (viii) diseño de la Ficha de Plan de Parto con su respectivo marco conceptual adaptado a Panamá y con una validación en campo para, a su vez, evaluar la posibilidad de anexarlo al carnet prenatal que ahora se lleva la gestante.
- 1.28 Reducción de las barreras económicas para la atención del parto y emergencias obstétricas y neonatales: Se financiarán subsidios para el transporte de mujeres embarazadas y para la atención de emergencias obstétricas y neonatales que serán administrados por organizaciones comunitarias con base en las definiciones establecidas en los planes de parto. Estos fondos se destinarán exclusivamente para el transporte de la embarazada a las casas maternas y a las instalaciones de salud de la red fija, aptas para la atención del parto y para el traslado de la embarazada, puérpera y/o neonato en casos de emergencia. El reporte del uso de este fondo comunitario lo hará el comité comunitario a las UBAs de la red fija con base en reportes del uso del fondo. Esta actividad se financiará con recursos del Aporte Local.
- 1.29 **Subcomponente 2.3. Implementación de esquemas de incentivos para la inducción de la demanda de servicios materno-infantil.** Se financiará con el Aporte Local, la entrega de incentivos a nivel comunitario dirigidos a aumentar la demanda de controles prenatales, parto institucional y controles posnatales, así como el mejoramiento de las prácticas de alimentación infantil.
- 1.30 Incentivos para el aumento de controles prenatales. Se financiará el pago de: (i) incentivo a promotores de salud para la captación temprana y por acompañar a la mujer embarazada a cuatro controles prenatales; y (ii) apoyo económico a las madres para la asistencia a los controles prenatales a través de pagos de estipendios³⁸. Estos recursos serán administrados por las UBAs de la red fija e itinerante y se pagarán con base al desempeño y metas logradas por el promotor de salud y a la mujer embarazada después de cada control efectuado por el personal calificado.
- 1.31 Incentivos para el aumento del parto institucional y controles post natales. Se financiará el apoyo económico para la inducción de la demanda de parto institucional a la mujer embarazada y a su acompañante (familiar o partera) por concepto de viáticos y costo de transporte. El incentivo será administrado por las UBAs de la red fija y el pago se otorgará una vez se haya dado el parto institucional y la mujer y el neonato hayan recibido el primer control puerperal y neonatal.
- 1.32 Incentivos a la monitora para el mejoramiento de las prácticas de alimentación infantil. Se financiarán incentivos a las monitoras que estarán dirigidos a mejorar

³⁷ Por ejemplo, parto vaginal ya sea vertical u horizontal.

³⁸ Monto estimado para cubrir los costos de transporte, alimentación y estadía.

la consejería en nutrición, relacionada con la promoción de la lactancia materna exclusiva, las prácticas de alimentación complementaria y el consumo de micronutrientes. Este incentivo será administrado por las UBAs de la red fija e itinerante y se pagará con base en el desempeño y el cumplimiento de las metas logradas por la monitora.

- 1.33 **Componente 3. Creación de espacios interculturales diseñados para la atención en salud materno-infantil en la población indígena (US\$110.000).** El objetivo de este componente es la creación de espacios interculturales de atención que permita el encuentro entre la cultura de la población indígena beneficiaria y la de los proveedores de salud, de tal manera que la oferta y la demanda de servicios encuentren un espacio para proveer y recibir atención que respete los marcos culturales y los derechos humanos.
- 1.34 Se financiarán: adecuaciones menores de las casas maternas y albergues contiguos a las instalaciones de la red fija aptas para atender partos institucionales y emergencias obstétricas y neonatales, y la adecuación de salas para parto vertical y otras características determinadas a través de consultas comunitarias en la población focalizada. Asistencia técnica para: (i) la creación de capacidades y sensibilización en el personal de salud para la adecuada atención de la población indígena; (ii) el desarrollo de guías de atención intercultural para personal de salud; y (iii) el diseño e implementación de un modelo para la gestión y sostenibilidad de las casas maternas.
- 1.35 **Costo del programa:** Esta primera operación tiene un costo total de \$2.857.643 compuesto por un Tramo de Inversión (TI) de US\$1.142.857 financiado por la MHF, y por los Aportes Locales del gobierno (AL) de US\$1.714.286. El Tramo de Desempeño (TD) asciende a US\$857.143 y se desembolsará una vez se alcance el puntaje mínimo para el cumplimiento de las metas establecidas en el Marco de Desempeño.

Cuadro I-1 Costo del primer programa (18 meses)

Descripción de los componentes	BID	Local	Total
1. Ampliación y fortalecimiento de la CPP en salud materno-infantil	742.857	935.650	1.678.507
2. Aumento de la demanda de servicios de salud materno-infantil	290.000	487.866	777.866
3. Creación de espacios interculturales diseñados para la atención en salud materno-infantil en la población indígena	110.000	290.770	400.770
Subtotal Inversión	1.142.857	1.714.286	2.857.143
Tramo de Desempeño	857.143	-	-
TOTAL	2.000.000	1.714.286	3.714.286

C. Indicadores clave de la matriz de resultados

- 1.37 A continuación se presentan algunos indicadores del Marco de Desempeño³⁹ clave para el programa incluidos en el Plan de Seguimiento y Evaluación.

• % de mujeres en edad reproductiva (15-49) cuyo parto más reciente fue realizado por personal médico

³⁹ El listado completo de indicadores para el desembolso del TD se encuentra en el Marco de Desempeño de la Operación (Anexo IV).

en una unidad de salud en los últimos dos años y que recibieron cuidado de postparto por personal médico dentro de las 48 horas después del nacimiento en su parto más reciente.

- % de niños de 0 a 5 meses que durante el día anterior a la encuesta fueron alimentados exclusivamente con leche materna y % de madres que dieron a sus niños de 0 a 59 meses SRO y zinc en el último episodio de diarrea en el último mes.

II. ESTRUCTURA DEL FINANCIAMIENTO Y RIESGOS

A. Instrumentos del financiamiento

- 2.1 El programa es un financiamiento de inversión no reembolsable. Según la política OP-219-1, estas operaciones deberán demostrar el cumplimiento de los requisitos técnicos, económicos, financieros y de viabilidad ambiental previamente acordados. La primera operación prevé un plazo de desembolso de 18 meses.

B. Riesgos ambientales y sociales de las salvaguardias

- 2.2 El programa ha sido clasificado como categoría “C”. No se esperan impactos ambientales y sociales negativos según las políticas de Salvaguardia de Medio Ambiente (OP-703), Poblaciones Indígenas (OP-765) y de Igualdad de Género (OP-270) del Banco. El programa beneficia a poblaciones indígenas, por lo tanto en la prestación de servicios de salud a las poblaciones se respetará su autonomía, costumbres, su lengua y las relaciones colectivas del trabajo.

C. Riesgos fiduciarios

- 2.3 El BID transferirá los recursos del financiamiento como se indica en el párrafo 3.4. Para mitigar potenciales riesgos se reforzarán los controles ejercidos por la Auditoría Técnica Externa (ATE) y por la auditoría financiera.

D. Otros riesgos

- 2.4 Se realizó un taller de riesgos del programa aplicando la metodología de Gestión de Riesgo de Proyectos (GRP). Uno de los riesgos identificados es el nivel de aceptación por parte de las comunidades indígenas de las intervenciones planteadas por la Iniciativa. Para mitigar este riesgo se difundirán los acuerdos sobre las intervenciones del programa en espacios de decisión relevantes, en particular los Consejos Indígenas. La Iniciativa implantará coloquios públicos con las organizaciones involucradas en este proceso. Mediante los estudios cualitativos realizados previamente, se lograron identificar tres gestores relevantes en este proyecto. Estos gestores son: autoridades indígenas como el Consejo y los líderes Sailas en la comarca Kuna Yala y Caciques en la comarca Embera-Wounaan; la Dirección de Pueblos Indígenas MINSA; y la Coordinadora Nacional de Pueblos Indígenas de Panamá (COONAPIP).

III. IMPLEMENTACIÓN Y PLAN DE ACCIÓN

A. Resumen de los arreglos para la implementación

- 3.1 **Beneficiario y organismo ejecutor.** El beneficiario será la República de Panamá y el organismo ejecutor será el MINSA y la Unidad de Gestión Administrativa y Financiera (UGAF) será el área responsable de la coordinación del programa.
- 3.2 **Organización regional y local.** Las DRS son responsables de la prestación de servicios a nivel local y gestionarán los recursos provenientes del pago per cápita en la red fija e itinerante. Mantendrá el sistema de estadísticas que permita generar los reportes de atención a la población beneficiaria avalada y certificada, la producción de servicios, las coberturas y los resultados de indicadores. A nivel local, las poblaciones focalizadas conformarán un sector sanitario al cual se asignará una UBA (OE) o GI para proveer servicios de las CPP.
- 3.3 **Esquema de ejecución.** El personal encargado de las UBAs se comprometerá, a través de un Convenio de Gestión con el MINSA, a cumplir las condiciones vigentes referidas a la calidad de los servicios, incluyendo el tipo de prestaciones brindadas y los indicadores de cobertura y desempeño. Las UBAs entregarán bimestralmente a las DRS un informe que identifique los servicios de salud brindados a cada beneficiario. A su vez, las DRS entregarán cada dos meses al MINSA, un informe en función de las comunidades visitadas, población protegida, población atendida y los días de atención (logros de cobertura), y un informe cuatrimestral sobre los respectivos indicadores de desempeño. En el caso específico de los incentivos a demanda, serán las UBAs de la red fija las encargadas de su administración, así como del seguimiento.
- 3.4 **Acuerdos fiduciarios.** El BID transferirá los recursos a una cuenta especial del programa en el Banco Nacional de Panamá con base en anticipos que cubran las necesidades para cuatro meses de ejecución del programa, según el respectivo Plan Financiero. Los desembolsos se justificarán con base en los gastos efectivamente incurridos. Habrá tres tipos de auditoría: (i) una auditoría anual de los estados financieros del programa y la revisión semestral de la efectividad de los controles internos; (ii) una ATE para el programa cuyos informes serán presentados al BID dentro de un plazo de 60 días después del final de cada cuatrimestre, a partir del primer desembolso del financiamiento; y (iii) una auditoría social anual que medirá el grado de la satisfacción de los usuarios cuyos informes serán presentados al BID dentro de un plazo de 60 días después de la conclusión de cada año calendario. En materia de adquisiciones y contrataciones se aplicarán las Políticas para la Adquisición de Obras y Bienes Financiados por el BID (GN-2349-9) y las Políticas para la Selección y Contratación de Consultores Financiados por el BID (GN-2350-9). La firma encargada de la auditoría técnica podrá ser contratada directamente, siempre que haya prestado servicios similares en el Contrato de Préstamo 7587-PA del Banco Mundial. Igualmente, la firma encargada de la auditoría financiera podrá ser contratada directamente, siempre que haya sido la encargada de esa función en el Contrato de Préstamo 2563/OC-PN.

- 3.5 Las condiciones previas al primer desembolso son: **(i) presentación, por parte del beneficiario y a satisfacción del Banco, de evidencia que ha aprobado y puesto en vigencia el Manual de Operaciones (MO) del programa; y (ii) ha contratado la auditoría financiera y la ATE del programa.** Como condiciones de ejecución de la operación se incluyeron las condiciones establecidas en el RO SM2015 y, a efecto de las condiciones establecidas en los literales b. y c. párrafo 1.27 del Anexo I del RO de SM2015, el MINSA remitirá anualmente, hasta dos (2) años después del desembolso del TD, el reporte de gasto del MINSA que identifique los recursos correspondientes al TD. Adicionalmente, remitirá anualmente, hasta dos (2) años después de la fecha de terminación del convenio de financiamiento reembolsable, el reporte del gasto ejecutado en el primer y segundo nivel de atención.
- B. Resumen de las medidas para el monitoreo de los resultados⁴⁰**
- 3.6 **Monitoreo y seguimiento.** Los arreglos de seguimiento y evaluación del proyecto contemplan cuatro niveles: (i) monitoreo de la ejecución y el progreso mediante el tablero de seguimiento y el Reporte de Monitoreo del Progreso y Desempeño (PMR); (ii) monitoreo del cumplimiento de metas para el desembolso del TD⁴¹ mediante la utilización de encuestas externas independientes realizadas a los 18 y 36 meses⁴² en una muestra aleatoria y representativa de hogares pertenecientes a las comarcas focalizadas y en los servicios de salud financiados con recursos propios de SM2015; (iii) monitoreo de indicadores generales de la implementación de SM2015; y (iv) la generación de conocimiento sobre el impacto de los diferentes mecanismos innovadores que SM2015 utiliza en su implementación (evaluación de impacto).
- 3.7 **Evaluación de impacto.** Se medirá el impacto de los incentivos en la demanda a nivel de la comunidad, partera y mujer embarazada en la tasa de cobertura de controles prenatales, parto institucional, controles a la púérpera y controles neonatales, la atención de las emergencias obstétricas y neonatales y los resultados sanitarios de la madre y el niño. Se evaluará el impacto de diferentes alternativas de suplementación con micronutrientes en el estado de nutrición de niños de 6 a 24 meses con recursos propios de SM2015 y de PN-L1068.
- 3.8 **Aprendizaje.** La documentación del aprendizaje permitirá generar el conocimiento para mejorar el programa, hacerlo sostenible y contribuir a la evidencia para el desarrollo de estrategias innovadoras. Específicamente el conocimiento generado sobre la implementación de los incentivos a nivel comunitario y de los esquemas de suplementación nutricional, permitirán al MINSA tener la evidencia necesaria para su replicabilidad o ajustes de la cartera de prestaciones en salud.

⁴⁰ Ver [Plan de Monitoreo y Evaluación](#).

⁴¹ El establecimiento de metas fue realizado con el MINSA utilizando un modelo económico de costo-beneficio, revisión de la literatura, experiencias internacionales, tendencia histórica de los indicadores e impacto de intervenciones, así como cálculos de poder estadístico de la muestra a encuestar.

⁴² Este documento se refiere al financiamiento de la Primera Operación Individual (POI). El financiamiento de la SOI depende de que el Beneficiario alcance el puntaje mínimo pactado en relación con las metas establecidas en el MD para la POI, y de que la SOI sea aprobada por el comité de donantes de la MHF y por el Banco.

INICIATIVA SALUD MESOAMÉRICA 2015

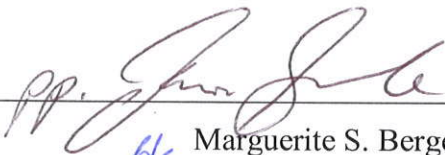
PN-G1001

CERTIFICACIÓN

Por la presente certifico que esta operación de inversión no reembolsable fue aprobada para financiamiento por el Fondo Mesoamericano de Salud (MHF por sus siglas en inglés) en la reunión del Comité de Donantes del día 9 de noviembre de 2011 y que se reflejan en las Minutas de dicho Comité (MHF/DC/Minutes 006-2011), y conforme lo estipulado en el Reglamento Operativo.

Igualmente, certifico que existen recursos disponibles en el MHF, hasta la suma de US\$2.000.000 (dos millones de dólares estadounidenses) para financiar las actividades descritas y presupuestadas en este documento. Este monto se divide en (i) US\$1.142.857 (un millón ciento cuarenta y dos mil ochocientos cincuenta y siete dólares estadounidenses) para cubrir el Tramo de Inversión y (ii) US\$857.143 (ochocientos cincuenta y siete mil ciento cuarenta y tres dólares estadounidenses) para cubrir el Tramo de Desempeño sujeto a que se cumplan las metas preestablecidas para su desembolso.

La reserva de recursos representada por esta certificación es válida por un periodo de doce (12) meses calendario contados a partir de la fecha de firma de esta certificación. Si el proyecto no fuese aprobado por el BID dentro de ese plazo, los fondos reservados se considerarán liberados de compromiso, requiriéndose la firma de una nueva certificación para que se renueve la reserva anterior. El compromiso y desembolso de los recursos correspondientes a esta certificación sólo debe ser efectuado por el Banco en dólares estadounidenses. Esta misma moneda será utilizada para estipular la remuneración y pagos a consultores, a excepción de los pagos a consultores locales que trabajen en su propio país, quienes recibirán su remuneración y pagos contratados en la moneda de ese país. No se podrá destinar ningún recurso del Fondo para cubrir sumas superiores al monto certificado para la implementación de este Programa. Montos superiores al certificado pueden originarse de compromisos estipulados en contratos que sean denominados en una moneda diferente a la moneda del Fondo, lo cual puede resultar en diferencias cambiarias de conversión de monedas sobre las cuales el Fondo no asume riesgo alguno.



Marguerite S. Berger
Jefe

12/5/2011
Fecha

Unidad de Gestión de Donaciones y Cofinanciamiento
VPC/GCM

Matriz de Efectividad en el Desarrollo			
Resumen			
I. Alineación estratégica			
1. Objetivos de la estrategia de desarrollo del BID	Alineado		
Programa de préstamos	La intervención contribuye al programa de préstamos para países pequeños y vulnerables y a la reducción de pobreza y promoción de la equidad.		
Metas regionales de desarrollo	La intervención contribuye a reducciones en tasas de mortalidad materna e infantil.		
Contribución de los productos del Banco (tal como se define en el Marco de Resultados del Noveno Aumento)	Población indígena recibiendo paquete básico de salud.		
2. Objetivos de desarrollo de la estrategia de país	Alineado		
Matriz de resultados de la estrategia de país	GN-2596	Reducción en mortalidad materna y desnutrición crónica.	
Matriz de resultados del programa de país	GN-2617	La intervención está incluida en el Documento de Programación de País 2011.	
Relevancia del proyecto a los retos de desarrollo del país (si no se encuadra dentro de la estrategia de país o el programa de país)			
II. Resultados de desarrollo - Evaluabilidad	Altamente Evaluable	Ponderación	Puntuación máxima
	9.5		10
3. Evaluación basada en pruebas y solución	9.5	25%	10
4. Análisis económico ex ante	8.5	25%	10
5. Evaluación y seguimiento	10.0	25%	10
6. Matriz de seguimiento de riesgos y mitigación	10.0	25%	10
Calificación de riesgo global = grado de probabilidad de los riesgos		Medio	
Clasificación de los riesgos ambientales y sociales		C	
III. Función del BID - Adicionalidad			
El proyecto se basa en el uso de los sistemas nacionales (criterios de VPC/PDP)	Si	Se utilizan los sistemas de presupuesto, tesorería, contabilidad y reportes, control externo y auditoría interna. Así como el sistema de información.	
El proyecto usa otro sistema nacional para ejecutar el programa diferente de los indicados arriba			
La participación del BID promueve mejoras en los presuntos beneficiarios o la entidad del sector público en las siguientes dimensiones:			
Igualdad de género	Si	El proyecto a lo largo de los componentes y subcomponentes tiene acciones específicas de pertinencia cultural y de género.	
Trabajo			
Medio ambiente			
Antes de la aprobación se brindó a la entidad del sector público asistencia técnica adicional (por encima de la preparación de proyecto) para aumentar las probabilidades de éxito del proyecto			
La evaluación de impacto ex post del proyecto arrojará pruebas empíricas para cerrar las brechas de conocimiento en el sector, que fueron identificadas en el documento de proyecto o el plan de evaluación.	Si	Se medirá el impacto de los incentivos en la demanda a nivel de comunidad, partera y mujer embarazada en acceso a servicios e indicadores de salud. Se medirán los impactos de diferentes alternativas de suplementación con micronutrientes para niños entre 6/24 meses en los niveles de desnutrición crónica.	

Este es un proyecto con financiamiento no reembolsable para Panamá parte de la Iniciativa de Salud Mesoamérica 2015, por lo que contribuye al programa de apoyo a países pequeños y vulnerables, así como a la reducción de la pobreza y la promoción de la equidad. El proyecto está alineado a con la estrategia del Banco en el país y está incluido en el documento de programación para 2011. El documento presenta una descripción de los indicadores de salud materno-infantil en Panamá, enfatizando tanto el retroceso en materia de muerte materna como el limitado avance en mortalidad infantil y los desafíos en cuanto a nutrición. Al analizar los indicadores de acuerdo a etnicidad, queda claro que la población indígena enfrenta un rezago considerable: muerte materna casi 20 veces mayor, mortalidad infantil casi el doble y desnutrición aproximadamente tres veces superior. Además, el documento señala que muchas de las muertes son por causas prevenibles y también marca las causas de la desnutrición. También se señalan las carencias en cuanto a capacidad de oferta y se explica la estrategia de extensión de cobertura del gobierno. El documento entonces presenta un diagnóstico adecuado pues además de describir el problema identifica las causas y plantea una solución basada en la evidencia y en el contexto específico de las comunidades indígenas en Panamá; e identifica adecuadamente a los beneficiarios.

El objetivo del programa está claramente definido y las intervenciones planteadas responden en su de manera directa a las causas identificadas. Los resultados esperados son una reducción de la mortalidad materna e infantil y la reducción de la desnutrición crónica. Esta operación se basa en el modelo de financiamiento combinado de pago per cápita y pago por desempeño utilizado actualmente para poblaciones de difícil acceso (con equipos itinerantes) y se ampliará a poblaciones servidas por redes fijas. El programa utiliza el sistema de información de salud del ministerio de salud. La matriz de resultados está bien definida y el análisis económico es adecuado. El plan de monitoreo y evaluación está bien especificado e incluyen evaluaciones de impacto sobre innovaciones para atender a las poblaciones más desfavorecidas. La matriz de riesgos está bien definida y cuenta con indicadores de seguimiento adecuados a las medidas de mitigación.

MATRIZ DE RESULTADOS

Objetivo del Programa. El objetivo del programa es contribuir a reducir la morbilidad y mortalidad materna, neonatal e infantil a través de una estrategia de atención de salud integral que mejore el acceso, la utilización y la calidad de los servicios de salud materna, sexual y reproductiva, neonatal y para la niñez en las áreas más pobres del país.

INDICADORES DE IMPACTO

Indicadores	Unidad de medida	Línea de base	Meta	Meta	Meta	Fuente de verificación	Observaciones
		2011 ¹	2013	2015	2016		
IMPACTO ESPERADO: Estado de salud y nutrición de las mujeres en edad reproductiva y los niños menores de cinco años que viven en las Comarcas Kuna Yala y Emberá mejorado ²							
Mortalidad materna	Razón (x 100,000 nacidos vivos)	585 ³			480 ⁴	Registros Nacionales de Mortalidad Materna	Nivel Nacional
Mortalidad neonatal	Tasa (x 1,000 nacidos vivos)	8.9 ⁵			7 ⁴	Registros vitales, Encuestas Nacionales	Nivel Nacional
Mortalidad infantil	Tasa (x 1,000 nacidos vivos)	20.3 ⁵			17 ⁴	Registros vitales, Encuestas Nacionales	Nivel Nacional
Mortalidad en menores de 5 años	Tasa (x 1,000 nacidos vivos)	18 ⁵			15 ⁴	Registros vitales, Encuestas Nacionales	Nivel Nacional

¹ Los datos de línea de base han sido estimados utilizando datos de la Encuesta de Niveles de Vida 2008 y la Encuesta de Salud Reproductiva 2009 y serán actualizados una vez completadas las encuestas independientes de línea de base.

² Los indicadores de impacto, serán evaluados únicamente al inicio y al final del tiempo total de duración de la Iniciativa.

³ Datos Nacionales para la Comarca Kuna Yala.

⁴ Meta calculadas utilizando una tasa de descenso del 4% anual.

⁵ ODM, III Informe de Panamá, 2009.

Indicadores	Unidad de medida	Línea de base	Meta	Meta	Meta	Fuente de verificación	Observaciones
		2011 ¹	2013	2015	2016		
Prevalencia de anemia en niños de 6-23 meses	%	* ⁶			-8 PP ⁷	Encuestas independientes de hogares	Área focalizada
Prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años	%	62			57	Encuestas independientes de hogares	Área focalizada

INDICADORES DE RESULTADO

Indicadores	Unidad de medida	Línea de base	Metas	Metas	Metas	Fuente de verificación	Observaciones
		2011 ⁸	2013	2015	2016		
RESULTADO ESPERADO: Aumentar la cobertura, la calidad y el uso de los servicios de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil en las Comarcas Kuna Yala y Emberá.							
Mujeres en edad reproductiva (15-49) ⁹ que actualmente utilizan (o cuya pareja utiliza) un método moderno de planificación familiar	%	21 ¹⁰			6 PP ¹¹	Encuestas independientes de hogares	Área focalizada
Mujeres en edad reproductiva (15-49) ⁹ que no deseaban quedar embarazadas y que no estaban usando o no tenían acceso a métodos de planificación familiar	%	* ¹²			-6 PP ¹¹	Encuestas independientes de hogares	Área focalizada
Mujeres en edad reproductiva (15-49) que recibieron por lo menos 4 atenciones prenatales en su embarazo más reciente por médico o enfermera en los últimos dos años	%	39 ¹⁰			15 PP ¹¹	Encuestas independientes de hogares	Área focalizada

⁶ Datos no disponibles. Se actualizará con los datos obtenidos de las encuestas independientes de línea de base.

⁷ Las metas establecidas se han establecido en base a la magnitud del cambio esperado. PP = Puntos porcentuales.

⁸ Los datos de línea de base han sido estimados utilizando datos de la Encuesta de Niveles de Vida 2008 y la Encuesta de Salud Reproductiva 2009 y serán actualizados una vez completadas las encuestas independientes de línea de base.

⁹ Mujeres sexualmente activas que no buscan embarazo, se excluyen mujeres con menopausia, histerectomía, vírgenes, embarazadas o desean quedar embarazadas.

¹⁰ Datos de la Encuesta de Niveles de Vida, 2008 para las Comarcas de Kuna Yala y Emberá.

¹¹ Las metas establecidas se han establecido en base a la magnitud del cambio esperado. PP = Puntos porcentuales.

¹² Datos no disponibles. Se actualizará con los datos obtenidos de las encuestas independientes de línea de base.

Indicadores	Unidad de medida	Línea de base	Metas	Metas	Metas	Fuente de verificación	Observaciones
		2011 ⁸	2013	2015	2016		
Mujeres en edad reproductiva (15-49) que en su embarazo más reciente en los últimos dos años recibieron por lo menos 4 atenciones prenatales realizado por médico o enfermera de acuerdo a las mejores prácticas ¹³	%	* ¹²			20 PP ¹¹	Encuestas independientes de servicios de salud ¹⁴	Área focalizada
Mujeres en edad reproductiva (15-49) que recibieron su primer control prenatal por médico o enfermera antes de las 12 semanas de gestación en su embarazo más reciente en los últimos dos años	%	31 ¹⁵			15 PP ¹⁶	Encuestas independientes de servicios de salud ¹⁷	Área focalizada
Mujeres en edad reproductiva (15-49) cuyo parto más reciente fue realizado por personal calificado ¹⁸ en un servicio de salud en los dos últimos años	%	22 ¹⁵			15 PP ¹⁶	Encuestas independientes de hogares	Área focalizada
Mujeres en edad reproductiva (15-49) que en su embarazo más reciente en los dos últimos años recibieron cuidado de post-parto por personal calificado ¹⁹ dentro de las primeras 48 horas	%	* ²⁰			15 PP ¹⁶	Encuestas independientes servicios de hogares	Área focalizada
Mujeres que tuvieron parto institucional ²⁰ y fueron, evaluadas por personal calificado ²¹ e inscritas en registros clínicos por lo menos cada 15 minutos durante la primera hora y cada 30 minutos después de dos horas y al ser dadas de alta del hospital en su parto más reciente en los últimos dos años	%	* ²⁰			20 PP ¹⁶	Encuestas independientes de servicios de salud ¹⁷	Área focalizada

¹³ Medición de tipo de sangre, anemia, sífilis, VIH, diabetes, proteinuria, presión arterial, ganancia de peso, fondo uterino, foco fetal cardiaco.

¹⁴ Las encuestas independientes de servicios de salud incluyen la revisión de registros.

¹⁵ Datos de la Encuesta de Niveles de Vida 2008 para las Comarcas de Kuna Yala y Emberá.

¹⁶ Las metas establecidas se han establecido en base a la magnitud del cambio esperado. PP = Puntos porcentuales.

¹⁷ Las encuestas independientes de servicios de salud incluyen la revisión de registros.

¹⁸ Médico o enfermera.

¹⁹ Médico, enfermera o auxiliar materno-neonatal.

²⁰ Parto ocurrido en un servicio de salud para la atención del parto.

²¹ Médico o enfermera.

Indicadores	Unidad de medida	Línea de base	Metas	Metas	Metas	Fuente de verificación	Observaciones
		2011 ⁸	2013	2015	2016		
Partos en los que se administró oxitocina intramuscular (10 UI) un minuto después del parto en el parto más reciente durante los últimos dos años	%	* ²⁰			50 PP ¹⁶	Encuestas independientes de servicios de salud ¹⁷	Área focalizada
Mujeres correctamente referidas por emergencia durante el parte de acuerdo al monitoreo del partograma en su parto más reciente en los dos últimos años	%	* ²⁰			20 PP ¹⁶	Encuestas independientes de servicios de salud ¹⁷	Área focalizada
Madres (15-49) que pueden reconocer al menos 5 signos de peligro en el recién nacido ²² más reciente en los dos últimos años	%	* ²³			15 PP ²⁴	Encuestas independientes de hogares	Área focalizada
Neonatos que recibieron atención neonatal por personal calificado ²⁵ en un servicio de salud dentro de las 48 horas siguientes a su nacimiento durante los últimos dos años	%	* ²³			15 PP ²⁴	Encuestas independientes de hogares	Área focalizada
Neonatos nacidos en los últimos 2 años con complicaciones (prematurez , bajo peso, asfixia y sepsis) manejadas de acuerdo a la norma de salud vigente	%	* ²³			20 PP ²⁴	Encuestas independientes de servicios de salud ²⁶	Área focalizada
Mujeres que tuvieron un parto en los últimos 2 años y presentaron una complicación obstétrica (hemorragia, sepsis y pre-eclampsia severa, eclampsia) manejada de acuerdo a la norma de salud vigente	%	* ²³			20 PP ²⁴	Encuestas independientes de servicios de salud ²⁷	Área focalizada

²² Dificultad para respirar; convulsiones; espasmos; cianosis (coloración azulada de la piel y las membranas mucosas); palidez; flacidez; letargo; caliente al tacto (fiebre); frío al tacto; sangrado; ictericia severa (coloración amarillenta de la piel y los ojos); no comer o succionar mal; diarrea persistente, vómitos o distensión abdominal; pus o enrojecimiento del ombligo, los ojos o la piel; hinchazón de las extremidades o las articulaciones.

²³ Datos no disponibles. Se actualizará con los datos obtenidos de las encuestas independientes de línea de base.

²⁴ Las metas establecidas se han establecido en base a la magnitud del cambio esperado. PP = Puntos porcentuales.

²⁵ Médico o enfermera.

²⁶ Las encuestas independientes de servicios de salud incluyen la revisión de registros.

Indicadores	Unidad de medida	Línea de base	Metas	Metas	Metas	Fuente de verificación	Observaciones
		2011 ⁸	2013	2015	2016		
Niños de 0-59 años con seroconversión positiva para vacunas	%	* ²³			10 PP ²⁴	Encuestas independientes de hogares	Área focalizada
Niños 0-59 meses identificados con vacunación completa para su edad ²⁷	%	80 ²⁸			10 PP ²⁴	Encuestas independientes de hogares	Área focalizada
Niños de 12 a 59 meses que recibieron 2 dosis de tratamiento antiparasitario en el último año	%	* ²⁹			30 PP ³⁰	Encuestas independientes de hogares	Área focalizada
Niños de 0 a 5 meses que durante el día anterior fueron alimentados exclusivamente con leche materna	%	51 ³¹			15 PP ³⁰	Encuestas independientes de hogares	Área focalizada
Madres que dieron a sus niños de 0 a 59 meses SRO ³² y zinc en el último episodio de diarrea en las últimas 2 semanas	%	* ²⁹			20 PP ³⁰	Encuestas independientes de hogares	Área focalizada
Hogares en el área focalizada que consumen agua con calidad adecuada ³³	%	* ²⁹			15 PP ³⁰	Encuestas independientes de hogares	Área focalizada

²⁷ BCG, Hepatitis B, pentavalente, Haemophilus influenza, rotavirus, vacuna antineumocócica conjugada, sarampión, paperas y rubeola.

²⁸ Datos de la Encuesta de Niveles de Vida, 2008 para las Comarcas de Kuna Yala y Emberá.

²⁹ Datos no disponibles. Se actualizará con los datos obtenidos de las encuestas independientes de línea de base.

³⁰ Las metas establecidas se han establecido en base a la magnitud del cambio esperado. PP = Puntos porcentuales.

³¹ Datos de la Encuesta de Niveles de Vida, 2008 para las Comarcas de Kuna Yala y Emberá.

³² SRO = Sales de Rehidratación Oral.

³³ Las encuestas de hogares servirán para definir el tipo de patógenos (bacterias, virus y protozoarios) causantes de diarrea en la población focalizada y su aceptada concentración de acuerdo a los estándares de la OMS para considerar el agua de adecuada calidad.

INDICADORES DE PRODUCTO

Indicadores	Unidad de medida	Línea de base	Metas	Metas	Metas	Fuente de verificación	Observaciones
		2011 ³⁴	2013	2015	2016		
Unidades Básicas de Atención (UBAs) ³⁵ que cuentan con personal calificado ³⁶ para atender parto 24/7 de acuerdo a la norma de salud del MINSA vigente al momento de realizar el Manual de Operaciones (MO)	%	* ³⁷			80 PP ³⁸	Encuestas independientes de servicios de salud ³⁹	Área focalizada
UBAs ⁴⁰ que cuentan con consolidado mensual de AIN-C ⁴¹ en el que el 80% de los niños menores de 24 meses nominalizados están registrados	%	* ³⁷			80	Encuestas independientes de servicios de salud ⁴³	Área focalizada
UBAs ⁴⁰ que cuentan con los insumos necesarios para la atención adecuada del parto no complicado de acuerdo a la norma de salud del MINSA vigente al momento de realizar el MO	%	* ³⁷			80	Encuestas independientes de servicios de salud	Área focalizada
Inclusión del zinc para el tratamiento de la diarrea infantil a la norma de salud del MINSA vigente al momento de realizar la verificación	NA	* ³⁷			SI	Revisión externa de lineamientos estratégicos del MINSA	Área focalizada
UBAs ⁴² que cuentan con los insumos necesarios para la atención infantil (micronutrientes, zinc, tratamiento para parásitos, SRO ⁴³)	%	* ⁴⁴			80	Encuestas independientes de servicios de salud	Área focalizada

³⁴ Los datos de línea de base han sido estimados utilizando datos de la Encuesta de Niveles de Vida 2008 y la Encuesta de Salud Reproductiva 2009. y serán actualizados una vez completadas las encuestas independientes de línea de base.

³⁵ Incluye únicamente Red Fija.

³⁶ Médico o enfermera.

³⁷ Datos no disponibles. Se actualizará con los datos obtenidos de las encuestas independientes de línea de base.

³⁸ Las metas establecidas se han establecido en base a la magnitud del cambio esperado. PP = Puntos porcentuales.

³⁹ Las encuestas independientes de servicios de salud incluyen la revisión de registros.

⁴⁰ Incluye Red Fija y Red Itinerante.

⁴¹ Programa de Atención Integral a la Niñez a nivel comunitario.

⁴² Incluye Red Fija y Red Itinerante.

⁴³ SRO = Sales de Rehidratación Oral.

⁴⁴ Datos no disponibles. Se actualizará con los datos obtenidos de las encuestas independientes de línea de base.

Indicadores	Unidad de medida	Línea de base	Metas	Metas	Metas	Fuente de verificación	Observaciones
		2011 ³⁴	2013	2015	2016		
Población que vive en comunidades que cuentan con un plan de mejoramiento del saneamiento comunitario y calidad del agua ⁴⁵	%	*44			80	Encuestas independientes de servicios de salud	Área focalizada
UBAs ⁴⁶ que cuentan con abastecimiento de métodos modernos de planificación familiar (oral, inyectable, condón, DIU) medido de acuerdo a lo estipulado en el MO	%	*44			80	Encuestas independientes de servicios de salud	Área focalizada
UBAs ⁴⁵ que cuentan con los insumos necesarios para realizar controles prenatales de acuerdo al protocolo de atención y nivel de resolución, según la norma de salud del MINSA vigente al momento de realizar el MO (insumos y equipos definidos en el MO de acuerdo al nivel de atención)	%	*44			80	Encuestas independientes de servicios de salud	Área focalizada
Establecimiento del mecanismo de entrega y supervisión de incentivos para promotores, monitoras AIN-C ⁴⁷ , mujeres y acompañante (para parto), comités comunitarios en el reglamento operativo de la provisión del PAISS+N	NA	*44			SI	Encuestas independientes de servicios de salud	Área focalizada
UBAs ⁴⁸ que cuentan con los planes de parto correspondientes a las comunidades bajo su responsabilidad (acuerdo inicial entre los servicios de salud y las autoridades comunitarias + lineamientos definidos del plan comunitario de parto) verificado en la comunidad	%	*44			80	Encuestas independientes de servicios de salud	Área focalizada

⁴⁵ Documento escrito y acordado entre el MINSA y la comunidad en el que se identifique el problema y se propongan soluciones a corto y largo plazo.

⁴⁶ Incluye Red Fija y Red Itinerante.

⁴⁷ Atención Integral de la Niñez en la Comunidad.

⁴⁸ Incluye Red Fija y Red Itinerante.

ACUERDOS Y REQUISITOS FIDUCIARIOS

PAÍS: Panamá

PROYECTO N°: PN-G1001

NOMBRE: Iniciativa Salud Mesoamericana 2015

ORGANISMO EJECUTOR: Ministerio de Salud (MINSa)

PREPARADO POR: Karina Díaz Briones; Especialista en Adquisiciones (PDP/CPN) y Juan Carlos Dugand; Especialista en Gestión Financiera (PDP/CPN)

I. Resumen ejecutivo

1. La evaluación de la gestión fiduciaria se realizó sobre la base de las visitas llevadas a cabo por los especialistas fiduciarios de la Representación con ocasión de la preparación del préstamo PN-L1068, así como la evaluación del desempeño del MINSa como sub-ejecutor del componente 3 del Contrato de préstamo 1867/OC-PN, actualmente en ejecución. Sobre la base de lo anterior, se estima que el riesgo en materia de adquisiciones y desembolsos es medio.
2. En materia de adquisiciones, aun cuando Panamá realizó avances significativos, actualmente se vienen realizando modificaciones sucesivas a la legislación con la finalidad de ampliar el alcance de la licitación por mejor valor y flexibilizar el uso de la contratación directa. El Gobierno se encuentra al inicio de la ejecución de un programa para el fortalecimiento del sistema de contrataciones públicas a ser financiado por Banco Mundial (Project ID: P121492). En cuanto al uso del sistema, el Banco acepta el uso del portal informativo y el convenio marco para compras menores a US\$50,000 a través de un ejercicio piloto realizado con el Banco Mundial y que actualmente ha sido ampliado. En cuanto a los sistemas nacionales financieros, se está implementando un módulo de proyectos para el SIAFPA que sería utilizado por el proyecto una vez terminen satisfactoriamente las pruebas piloto. La Unidad de Gestión Administrativa y Financiera - UGAF cuenta con experiencia en el manejo de este tipo de proyectos.
3. El proyecto no incluye financiamiento de otros multilaterales. No obstante, cabe advertir que actualmente el MINSa está negociando un préstamo con el BID y con el Banco Mundial cuyo esquema de ejecución es similar al del presente proyecto.

II. Contexto fiduciario del Organismo Ejecutor

1. Estructura organizacional y funcional

La estructura del proyecto es similar a la establecida en el proyecto PN-L1068. El MINSa cuenta con una Unidad de Gestión Administrativa y Financiera (UGAF), la que forma parte de su estructura institucional y es la responsable de la gestión de los proyectos especiales financiados por la cooperación internacional.

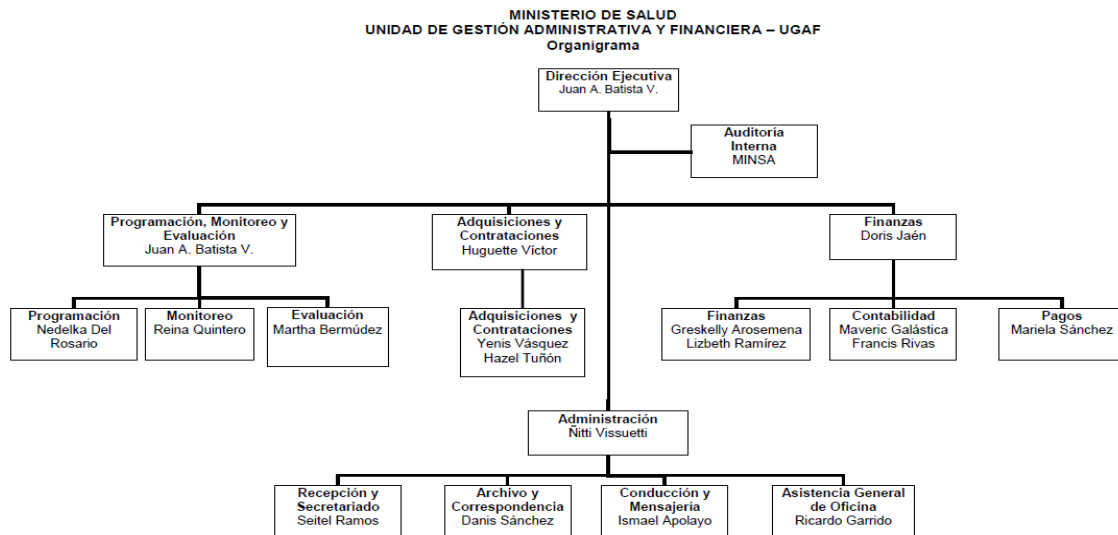
Dado el carácter de atención descentralizada del proyecto, la UGAF interactuará administrativa, financiera y técnicamente con las Direcciones Regionales de Salud (DRS) de las zonas de intervención del proyecto. Cabe precisar que la UGAF será la responsable del control administrativo y financiero del proyecto mientras que las DRS serán las beneficiarias del mismo con funciones de coordinación y gestión para la atención efectiva de la población beneficiaria.

El objetivo del programa es mejorar el acceso, cobertura y calidad de los servicios de salud materno-infantil y nutrición en las comarcas indígenas focalizadas que presentan los mayores rezagos en sus indicadores de salud. A través de las intervenciones planteadas se espera tener impacto en la reducción de la mortalidad materna e infantil y la reducción de la desnutrición crónica.

El costo total del programa asciende a US\$7.508.593, el cual será financiado a través de dos proyectos individuales cada uno con un plazo de desembolso de 18 meses. Ambos proyectos han previsto el financiamiento de un Tramo de Inversión (TI) financiado tanto por la MHF como por los Aportes Locales de gobierno (AL), así como un Tramo de Desempeño (TD) financiado por la MHF. El primer proyecto tiene un costo total de \$3.714.286 compuesto por un TI de US\$1.142.857 financiado por la MHF, y por AL de US\$1.714.286. El TD asciende a US\$857.143. En cuanto al segundo proyecto, tiene un costo total de \$3.794.307 compuesto por un TI de US\$1.167.479 financiado por la MHF, y por los AL de US\$1.751.219. El TD asciende a US\$875.609. En ambos casos, el TD se desembolsará una vez cumplidas las metas de cobertura establecidas en la Matriz de Desempeño.

Como parte del TI, cada uno de los proyectos prevé el financiamiento de bienes, servicios de consultoría y la realización de algunas adecuaciones de infraestructura, así como el pago de subsidios e incentivos. Sin embargo, la MHF sólo financiará bienes y servicios de consultoría, de acuerdo con los esquemas tradicionales de contratación, cuyos procesos serán realizados por la UGAF, siguiendo las Políticas de Adquisiciones del Banco. La UGAF cuenta con los instrumentos, personal y soporte administrativo adecuado para cumplir con las políticas fiduciarias del Banco.

2. Equipo de trabajo



3. Planificación de las adquisiciones

Tal como se ha observado en la ejecución del contrato 1867/OC-PN, la UGAF participa activamente en la planificación del proyecto en general y, por ende, el plan de adquisiciones se deriva como un instrumento alineado al proyecto.

4. Ejecución de las adquisiciones

Considerando que la UGAF es la unidad encargada de ejecutar los proyectos de la cooperación internacional, tiene experiencia en las Políticas de Adquisiciones de los organismos multilaterales y no se han encontrado dificultades en la ejecución.

III. Evaluación del riesgo fiduciario y acciones de mitigación

1. El riesgo determinado para este ejecutor en materia de adquisiciones es medio. Durante el taller de riesgo se identificó como medida de mitigación que la UGAF use las Políticas del Banco, lo cual fue aceptado por dicha unidad.
2. Se identificó como un riesgo para el proyecto no poder contar oportunamente con información financiera confiable, por tener múltiples actores involucrados, ejecución en áreas remotas y de difícil acceso, entre otros factores y se acordó como acción de mitigación incluir este proyecto dentro del alcance de los contratos de auditoría (financiera y técnica) previstos para el proyecto PN-L1068.

IV. Aspectos a ser considerados en Estipulaciones Especiales a los contratos

A fin de agilizar la negociación del contrato por parte del equipo de proyecto y principalmente de LEG, se incluyen a continuación aquellos Acuerdos y Requisitos que deberán ser considerados en las estipulaciones especiales:

- a. Se aplicarán las Políticas para la Adquisición de Obras y Bienes Financiados por el BID (GN-2349-9) y las Políticas para la Selección y Contratación de Consultores Financiados por el BID (GN-2350-9. El Tramo de Desempeño se desembolsará una vez se alcancen y se cumplan las condiciones y metas acordadas en la Matriz de Desempeño sin revisión de las adquisiciones de bienes y servicios y contratación de consultores, ni la presentación de los gastos realizados.
- b. Como condición previa al primer desembolso, se deberá tener contratada la firma de auditores independientes que realizará la auditoría de los estados financieros. Se podrá aceptar a la firma auditora que contrate el MINSa para la auditoría de sus proyectos financiados mediante la cooperación internacional o para el proyecto PN-L1068 incluyendo en los contratos las revisiones específicas para este proyecto.
- c. Como condición previa al primer desembolso se deberá tener contratada la auditoría técnica externa – ATE, en cuyo contrato se estipule una cláusula donde ésta deba alertar al Banco acerca de cualquier acto, hecho, indicio u omisión que pudiera configurarse como una práctica prohibida de acuerdo con las normas generales del contrato de préstamo.
- d. El MINSa utilizará el método de contratación directa para los servicios de la firma consultora responsable de llevar a cabo la auditoría técnica del programa, siempre que la firma haya prestado servicios similares en el marco del Contrato de Préstamo 7587-PA del Banco Mundial. De igual forma, el beneficiario podrá contratar directamente los servicios de la firma de auditores independientes que realizará la auditoría de los estados financieros, siempre que ésta sea la responsable de llevar a cabo esta misma función en relación con el Contrato de Préstamo 2563/OC-PN.
- e. Como condición previa al primer desembolso, se deberá haber aprobado el manual operativo.
- f. Se solicitarán estados financieros auditados del proyecto en forma anual.

g. El tipo de cambio no es relevante por existir paridad entre el dólar y el Balboa.

V. Acuerdos y Requisitos para la Ejecución de las Adquisiciones

Los Acuerdos y Requisitos Fiduciarios en Adquisiciones establecen las disposiciones que aplican para la ejecución de todas las adquisiciones previstas en el proyecto.

1. Ejecución de las Adquisiciones

Las adquisiciones de bienes y servicios se realizarán conforme a las GN-2349-9, de abril 2011 y la selección y contratación de firmas consultoras se llevará a cabo de acuerdo con las GN-2350-9 de abril 2011. Las remodelaciones, subsidios e incentivos del TI serán financiados íntegramente con aporte local.

Adquisiciones de, Bienes y Servicios Diferentes de Consultoría: Los Bienes y Servicios Diferentes de Consultoría generados bajo el proyecto y sujetos a Licitación Pública Internacional (LPI) se ejecutarán utilizando los Documentos Estándar de Licitaciones (DELS) emitidos por el Banco. Las licitaciones sujetas a Licitación Pública Nacional (LPN) y de comparación de precios se ejecutarán usando documentos se realizarán utilizando los modelos definidos para esta operación por el Banco.

Selección y Contratación de Consultores: Los contratos de Servicios de Consultoría generados bajo el proyecto se ejecutarán utilizando la Solicitud Estándar de Propuestas (SEPs) emitida por el Banco. El Beneficiario contratará directamente la firma encargada de la auditoría técnica, siempre que la misma haya prestado servicios similares en el Contrato de Préstamo 7587-PA del Banco Mundial. De igual forma, el Beneficiario podrá contratar directamente la firma encargada de la auditoría financiera, siempre que está haya sido la encargada de esa función en el Contrato de Préstamo 2563/OC-PN. **La selección de los consultores individuales:** Se hará teniendo en cuenta sus calificaciones para realizar el trabajo, sobre la base de comparación de calificaciones de por lo menos tres (3) candidatos;

Gastos Operativos: Serán financiados con el aporte local.

Preferencia Nacional: No aplica.

2. Tabla de Montos Límites (miles US\$)

Obras			Bienes ¹			Consultoría	
Licitación Pública Internacional	Licitación Pública Nacional	Comparación de Precios	Licitación Pública Internac.	Licitación Pública Nacional	Comparación de Precios	Publicidad Internac. Consultoría	Lista Corta 100% Nacional
Mayores o iguales a US\$3.000.000	Mayores a US\$250.000 y menores a US\$3.000.000	Menores a US\$250.000	Mayores o iguales a US\$250.000	Mayores a US\$50.000 y menores a US\$250.000	Menores a US\$50 mil	Mayores a USD\$ 200.000	Menores o iguales a US\$200000

Límites de revisión ex post	
Bienes	Servicios de Consultoría
Licitación Pública Nacional	Firmas Consultoras con un monto inferior a US\$200.000. Consultorías Individuales con un monto inferior a US\$50.000.

¹ Incluye servicios diferentes a la consultoría.

3. Adquisiciones Principales

Adquisiciones Principales Financiadas por el Banco (Primer proyecto)

Descripción de la Adquisición prevista	Monto Estimado 000'US\$	Método de Selección
Bienes		
Compra de kits médicos (prueba rápidas de embarazo y métodos de planificación familiar)	255	CP
Compra de equipos médicos diversos	180	CP
Compra de medicinas, hormonas y suplementos diversos	60	CP
Firmas Consultoras		
Asistencia técnica para los modelos de abastecimiento de agua e introducción de mecanismos de agua segura a nivel comunitario	100	SBCC
Consultoría Individual		
Asistencias técnicas diversas para el apoyo al programa y a la comunidad	600	CCIN

4. Supervisión de Adquisiciones

Los montos límites establecidos para revisión ex post se aplican en función de la capacidad fiduciaria de ejecución del OE y pueden ser modificados por el Banco en la medida que tal capacidad varíe. Solo pueden ser objeto de revisión posterior los procesos previstos en el Plan de Adquisiciones. Las Contrataciones Directas siempre se revisan de manera ex ante. Las revisiones ex post serán cada 12 meses de acuerdo con el plan de supervisión del proyecto. Los reportes de revisión ex post incluirán al menos una visita de inspección física, escogida de los procesos de adquisiciones sujetos a la revisión ex post.

5. Disposiciones especiales

Incluir una cláusula en el contrato de la ATE donde se estipule que esta firma alerte al Banco acerca de cualquier acto, hecho, indicio u omisión que pudiera configurarse como una práctica prohibida de acuerdo con las normas generales del contrato de préstamo.

6. Registros y Archivos

La custodia y manejo de expedientes de contratación es responsabilidad de la UGAF, quien deberá nombrar un funcionario específicamente para esta actividad. En el proyecto en ejecución, la auditoría no ha reportado observaciones sobre las tareas y controles que realiza la UGAF.

VI. Gestión Financiera

1. Programación y presupuesto

El Ministerio de Economía y Finanzas – MEF tiene la responsabilidad de formular y controlar el presupuesto. Antes del 31 de julio de cada vigencia debe presentar una propuesta a la Asamblea Nacional – AN quien es la responsable su aprobación, así como de cualquier incremento al mismo. El presupuesto tiene carácter anual e incluye la totalidad de las inversiones, ingresos y egresos del sector público. Por la anticipación con que es preparado el proyecto de presupuesto, se realizan múltiples y cuantiosas modificaciones al mismo, perdiendo validez como instrumento de planificación. La totalidad de los pagos realizados por el sector público son registrados en el presupuesto. Los gastos a realizarse con el proyecto se encuentran incluidos en el proyecto de

presupuesto presentado por el MINSA al MEF para la vigencia 2012 por US\$0,8 millones de fuente BID y US\$1,2 millones de aporte local.

2. Contabilidad y sistemas de información

El Sistema Integrado de Administración Financiera de Panamá (SIAFPA) fue adoptado desde 2000 como el sistema oficial de registro de la información contable y presupuestal. El SIAFPA incluye los módulos de presupuesto, tesorería, contabilidad y deuda pública. Recientemente se está desarrollando un módulo de proyectos que se encuentra en etapa de pilotos y podría ser utilizado para la gestión financiera del proyecto una vez concluyan las pruebas. El MINSA cuenta con SIAFPA y reporta y consolida la ejecución presupuestal de sus Direcciones Regionales, que intervendrán en la ejecución del proyecto.

El MINSA cuenta actualmente con un aplicativo denominado SAFF que es utilizado para la ejecución del préstamo 1867/OC-PN; sin embargo, el ejecutor considera que el sistema está al límite de su capacidad y están evaluado la posibilidad de reemplazarlo por el PENTAGON, que es utilizado por el MINSA para la ejecución de los préstamos 1719/OC-PN y 1719/OC-PN-1. Inicialmente se utilizaría el SAFF o el PENTAGON, posteriormente se llevaría un paralelo con el módulo de proyectos del SIAFPA, para finalmente continuar con la utilización del sistema nacional.

La contabilidad se registrará bajo las normas expedidas por la Contraloría General de la República, cuya base es el devengado, pero no se ajustan a las Normas Internacionales de Contabilidad para el Sector Público (NICSP). Se requerirán estados financieros del proyecto auditados anualmente.

3. Desembolsos y flujo de de caja

En Panamá no se aplica el concepto de cuenta única del tesoro y existen más de 6000 cuentas bancarias en el Banco Nacional. Existe paridad entre en Balboa y el Dólar.

Para el tramo de inversión – TI – el BID transferirá los recursos del financiamiento a una cuenta especial del Programa en el Banco Nacional de Panamá con base en anticipos² que cubran las necesidades de recursos para 4 meses de ejecución del programa, según el respectivo Plan Financiero, descontando los recursos disponibles en la cuenta.

El desembolso del tramo de desempeño se realizará a la cuenta del MINSA que determine el ejecutor, una vez verificado el cumplimiento de los indicadores por la ATE, sin que sea necesaria la presentación de evidencia de los gastos necesarios para cumplir con los mismos.

4. Control Interno y auditoría interna

La UGAF, unidad encargada de la ejecución del proyecto, tiene controles internos adecuados según los reportes de auditoría del préstamo 1867/OC-PN que se encuentra en ejecución. El MINSA debe fortalecer su sistema de control interno, ya que en 2010 se había eliminado el control previo ejercido por la CGR pero recientemente fue establecido nuevamente³, por no contar con un sistema de control interno adecuado.

La efectividad de los controles internos está siendo evaluada en los préstamos del BID que ejecuta la UGAF, por lo cual no se requieren medidas adicionales para este proyecto.

² De conformidad con lo establecido en la política OP-273-1

³ Resolución 133 de marzo de 2011.

5. Control Externo e Informes

La Contraloría General de la República ejerce el control previo por lo cual carece de la independencia requerida para realizar el control externo del proyecto. El costo de la auditoría se estima en USS15.000 anuales para un total de USD 30.000 para los 18 meses (incluiría dos vigencias) de ejecución del proyecto, sin embargo será incluido dentro del alcance de la auditoría prevista en el proyecto PN-L1068 y será pagada por éste. Será condición previa al primer desembolso tener contratada la firma auditora independiente.

Adicionalmente, el programa contaría con la auditoría técnica externa (ATE) prevista en el proyecto PN-L1068, cuya principal función es la revisión de los principales aspectos de la provisión de la cartera de prestaciones priorizadas (CPP), a la cual se le agregarían las verificaciones necesarias para este proyecto, y que incluye como mínimo: (i) el cumplimiento por parte de las DRS del MINSA y las OE de los indicadores de cobertura y desempeño, (ii) la integridad, veracidad y consistencia de la información que consta en los informes presentados por las Unidades Básicas de Atención (UBA) (GI, OE o red fija) a las DRS y por éstas al MINSA sobre los logros de los indicadores de cobertura y desempeño sujetos al pago de la cápita; (iii) la integridad, veracidad y consistencia del PPB registrada por las UBA; (iv) la conformidad de los servicios de salud prestados con la CPP, los manuales, guías y protocolos; y (vi) cualquier acto, hecho, indicio u omisión que pudiera configurarse como una práctica prohibida de acuerdo con las normas generales del contrato de préstamo y alertará el Banco sobre los mismos.

6. Plan de supervisión financiera

La supervisión financiera estará focalizada en los informes de los auditores y la documentación soporte de los desembolsos será revisada en forma posterior por los auditores o en las visitas de inspección financieras que se realicen, por lo menos una vez al año.

Marco de Desempeño

Indicadores para desembolso del tramo de desempeño a los 18 meses

Indicador	Unidad de medida	Peso	Línea de base ¹	Meta	Fuente de verificación
Unidades Básicas de Atención (UBAs) ² que cuentan con personal calificado ³ para atender parto 24/7 de acuerdo a la norma de salud del MINSA vigente al momento de realizar el Manual de Operaciones (MO).	%	0.1	* ⁴	80 PP ⁵	Encuestas independientes de servicios de salud ⁶
UBAs ⁷ que cuentan con consolidado mensual de AIN-C ⁸ en el que el 80% de los niños menores de 24 meses nominalizados están registrados.	%	0.1	* ⁴	80	Encuestas independientes de servicios de salud ⁶
UBAs ⁷ que cuentan con los insumos necesarios para la atención adecuada del parto no complicado de acuerdo a la norma de salud del MINSA vigente al momento de realizar el MO.	%	0.1	* ⁴	80	Encuestas independientes de servicios de salud
Inclusión del zinc para el tratamiento de la diarrea infantil a la norma de salud del MINSA vigente al momento de realizar la verificación.	NA	0.1	NO	SI	Revisión externa de lineamientos estratégicos del MINSA
(UBAs ⁹ que cuentan con los insumos necesarios para la atención infantil (micronutrientes, zinc, tratamiento para parásitos, SRO ¹⁰).	%	0.1	* ¹¹	80	Encuestas independientes de servicios de salud

¹ Los datos de línea de base han sido estimados utilizando datos de la Encuesta de Niveles de Vida 2008 y la Encuesta de Salud Reproductiva 2009 y serán actualizados una vez completadas las encuestas independientes de línea de base.

² Incluye únicamente Red Fija.

³ Médico o enfermera.

⁴ Datos no disponibles. Se actualizará con los datos obtenidos de las encuestas independientes de línea de base.

⁵ Las metas establecidas se han establecido en base a la magnitud del cambio esperado. PP = Puntos porcentuales.

⁶ Las encuestas independientes de servicios de salud incluyen la revisión de registros.

⁷ Incluye Red Fija y Red Itinerante.

⁸ Programa de Atención Integral a la Niñez a nivel comunitario.

⁹ Incluye Red Fija y Red Itinerante.

¹⁰ SRO = Sales de Rehidratación Oral.

¹¹ Datos no disponibles. Se actualizará con los datos obtenidos de las encuestas independientes de línea de base.

Indicador	Unidad de medida	Peso	Línea de base ¹	Meta	Fuente de verificación
Población que vive en comunidades que cuentan con un plan de mejoramiento del saneamiento comunitario y calidad del agua ¹² .	%	0.1	* ¹⁰	80	Encuestas independientes de servicios de salud
UBAs ¹³ que cuentan con abastecimiento de métodos modernos de planificación familiar (oral, inyectable, condón, DIU) medido de acuerdo a lo estipulado en el MO.	%	0.1	* ¹⁰	80	Encuestas independientes de servicios de salud
UBAs ¹² que cuentan con los insumos necesarios para realizar controles prenatales de acuerdo al protocolo de atención y nivel de resolución, según la norma de salud del MINSA vigente al momento de realizar el MO (insumos y equipos definidos en el MO de acuerdo al nivel de atención).	%	0.1	* ¹⁰	80	Encuestas independientes de servicios de salud ¹⁴
Establecimiento del mecanismo de entrega y supervisión de incentivos para promotores, monitoras AIN-C ¹⁵ , mujeres y acompañante (para parto), comités comunitarios en el reglamento operativo de la provisión del PAISS+N.	NA	0.1	* ¹⁰	SI	Encuestas independientes de servicios de salud ¹³
UBAs ¹⁶ que cuentan con los planes de parto correspondientes a las comunidades bajo su responsabilidad (acuerdo inicial entre los servicios de salud y las autoridades comunitarias + lineamientos definidos del plan comunitario de parto) verificado en la comunidad.	%	0.1	* ¹⁷	80	Encuestas independientes de servicios de salud ¹⁸

¹² Documento escrito y acordado entre el MINSA y la comunidad en el que se identifique el problema y se propongan soluciones a corto y largo plazo.

¹³ Incluye Red Fija y Red Itinerante.

¹⁴ Las encuestas independientes de servicios de salud incluyen la revisión de registros.

¹⁵ Atención Integral de la Niñez en la Comunidad.

¹⁶ Incluye Red Fija y Red Itinerante.

¹⁷ Datos no disponibles. Se actualizará con los datos obtenidos de las encuestas independientes de línea de base.

¹⁸ Las encuestas independientes de servicios de salud incluyen la revisión de registros.

Indicadores para desembolso del tramo de desempeño a los 36 meses

Indicador	Unidad de medida	Peso	Línea de base ¹⁹	Meta ²⁰	Fuente de verificación
Mujeres en edad reproductiva (15-49) que no deseaban quedar embarazadas y que no estaban usando/no tenían acceso a métodos de planificación familiar.	%	0.1	* ²¹	-6 PP ²²	Encuestas independientes de hogares
Mujeres en edad reproductiva (15-49) que recibieron por lo menos 4 atenciones prenatales en su embarazo más reciente por médico o enfermera más reciente en los últimos dos años.	%	0.1	39 ²³	15 PP ²¹	Encuestas independientes de hogares
Mujeres en edad reproductiva (15-49) que recibieron su primer control prenatal por médico o enfermera antes de las 12 semanas de gestación en su embarazo más reciente en los últimos dos años.	%	0.1	31 ²²	15 PP ²¹	Encuestas independientes de servicios de salud ²⁴
Mujeres en edad reproductiva (15-49) cuyo parto más reciente fue realizado por personal calificado ²⁵ en un servicio de salud en los dos últimos años.	%	0.1	22 ²²	15 PP ²¹	Encuestas independientes de hogares

¹⁹ Los datos de línea de base han sido estimados utilizando datos de la Encuesta de Niveles de Vida 2008 y la Encuesta de Salud Reproductiva 2009 y serán actualizados una vez completadas las encuestas independientes de línea de base.

²⁰ Las metas establecidas se han establecido en base a la magnitud del cambio esperado.

²¹ Datos no disponibles. Se actualizará con los datos obtenidos de las encuestas independientes de línea de base.

²² Las metas establecidas se han establecido en base a la magnitud del cambio esperado y serán ajustadas una vez obtenidos los resultados de las encuestas de línea de base. PP = Puntos porcentuales.

²³ Datos de la Encuesta de Niveles de Vida 2008 para las Comarcas de Kuna Yala y Emberá.

²⁴ Las encuestas independientes de servicios de salud incluyen la revisión de registros.

²⁵ Médico o enfermera.

Indicador	Unidad de medida	Peso	Línea de base ¹⁹	Meta ²⁰	Fuente de verificación
Porcentaje de mujeres en edad reproductiva (15-49) que en su embarazo más reciente en los dos últimos años recibieron cuidado de post-parto por personal calificado ²⁶ dentro de las primeras 48 horas.	%	0.1	* ²⁷	15 PP ²⁸	Encuestas independientes de hogares
Partos en los que se administró oxitocina intramuscular (10 UI) un minuto después del parto en el parto más reciente durante los últimos dos años.	%	0.1	* ²⁶	50 PP ²⁷	Encuestas independientes de servicios de salud ²⁹
Niños de 12 a 59 meses que recibieron 2 dosis de tratamiento antiparasitario en el último año.	%	0.1	* ²⁶	30 PP ²⁷	Encuestas independientes de hogares
Niños de 0 a 5 meses que durante el día anterior fueron alimentados exclusivamente con leche materna.	%	0.1	51 ³⁰	15 PP ²⁷	Encuestas independientes de hogares
Madres que dieron a sus niños de 0 a 59 meses SRO ³¹ y zinc en el último episodio de diarrea en las últimas 2 semanas.	%	0.1	* ²⁶	20 PP ²⁷	Encuestas independientes de hogares
Hogares en el área focalizada que consumen agua con calidad adecuada ³² .	%	0.1	* ²⁶	15 PP ²⁷	Encuestas independientes de hogares

²⁶ Médico, enfermera o auxiliar materno-neonatal.

²⁷ Datos no disponibles. Se actualizará con los datos obtenidos de las encuestas independientes de línea de base.

²⁸ Las metas establecidas se han establecido en base a la magnitud del cambio esperado y serán ajustadas una vez obtenidos los resultados de las encuestas de línea de base. PP = Puntos porcentuales.

²⁹ Las encuestas independientes de servicios de salud incluyen la revisión de registros.

³⁰ Datos de la Encuesta de Niveles de Vida, 2008 para las Comarcas de Kuna Yala y Emberá.

³¹ SRO = Sales de Rehidratación Oral.

³² Las encuestas de hogares servirán para definir el tipo de patógenos (bacterias, virus y protozoarios) causantes de diarrea en la población focalizada y su aceptada concentración de acuerdo a los estándares de la OMS para considerar el agua de adecuada calidad.